

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Mars 1897, à 1 heure

PAR

Aleixo-José SIMÕES

Né à Gôa, le 6 mars 1868

DES RÉTRODÉVIATIONS MOBILES

De leur Traitement
par l'Opération d'Alquié-Alexander

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

RICARD et WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

45, Rue Racine, 45

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Mars 1897, à 1 heure

PAR

Aleixo-José SIMÕES

Né à Gôa, le 6 mars 1868

DES RÉTRODÉVIATIONS MOBILES

De leur Traitement

par l'Opération d'Alquié-Alexander

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

RICARD et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULENE.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	BECKER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire.. M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

M^{me} MARIA BENEDICTA CELESTIAL SIMÕES DO RÊGO

A MA MÈRE CHÉRIE

A MES SŒURS

M^{lle} MARIA HELENA CLAUDINA SIMÕES

M^{me} MARIA ESPECIOSA CHRISTALINA SIMÕES ET SANTOS

M^{me} CANDIDA LUCINDA SIMÕES DE GAMA

A MES FRÈRES

R^{vd} JOSÉ JOAQUIM FRANCISEO SIMÕES

JOSÉ AUGUSTO RODOLPHO SIMÕES

JOSÉ FRANCISCO XAVIER ASSIS SIMÕES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M^{me} A. BOUBERT

Hommage de respectueux sentiments.

A MON FRÈRE

JOSÉ AUSPICIO SIMÕES

(Ordinis S. Sepulcri Eques)

Docteur en médecine de l'Université de Londres.

Ex-chirurgien des hôpitaux de Barberton (Transvaal).

Hommage de reconnaissance et de gratitude.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'étude complète des rétro-déviation utérines ; nous ne pourrions que répéter ce qui a été écrit déjà un grand nombre de fois. Nous voudrions seulement attirer de nouveau l'attention sur le traitement de ces affections par l'opération d'Alquié-Alexander, persuadé que c'est là un procédé thérapeutique excellent, à condition qu'il soit employé avec discernement et pratiqué convenablement. Nous ne dirons donc de l'anatomie pathologique et de la clinique des rétro-déviation, ce qu'il faut en savoir pour poser les indications opératoires.

Dans un premier chapitre, nous exposerons l'*historique* de l'opération, montrant par quelles vicissitudes elle a passé ; d'abord repoussée en France où elle est née, puis accueillie avec enthousiasme lorsqu'elle nous revint de l'étranger, presque abandonnée maintenant pour des méthodes plus récentes, mais peut-être moins rationnelles.

Le second chapitre, le plus important, sera consacré à l'étude des *indications* de l'Alquié-Alexander. Nous nous

efforcerons d'y montrer que les premiers chirurgiens qui l'ont préconisée ont été les auteurs involontaires de la défaveur dans laquelle elle est tombée, en ne sachant pas la réserver aux seuls cas où elle est efficace.

Comme de toutes les opérations nouvelles, on en a usé et abusé, et les déboires sont survenus nombreux, inévitable résultat d'un tel excès. Aujourd'hui, quinze ans après la première opération d'*Alexander*, il nous paraît possible de la juger avec impartialité, d'en analyser les résultats éloignés et de les comparer à ceux donnés par les autres procédés.

L'opération admise en principe, il faut encore savoir l'exécuter. Des procédés ont été proposés à l'infini ; parmi eux, beaucoup ont donné d'excellents résultats à leurs auteurs ; mais nous leur ferons le reproche d'être, pour la plupart, trop compliqués ; une opération étant d'autant meilleure, à notre sens, qu'elle atteint le but cherché par des moyens plus simples. Le *manuel opératoire* fera donc l'objet du troisième chapitre.

Enfin, nous donnerons pour terminer, un certain nombre d'*observations inédites*, résultat de la petite enquête à laquelle nous nous sommes livré auprès de MM. *Delbet*, *Picqué*, *Potherat* ; que ces maîtres veuillent bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle ils ont mis à notre disposition les éléments de ce modeste travail.

Nous nous sommes particulièrement attaché à connaître les résultats éloignés des opérées pour répondre

par des arguments irréfutables à l'objection si souvent faite de la récidive post-opératoire.

Nous tenons à remercier tout spécialement M. Doléris des excellents conseils qu'il nous a si généreusement prodigués. Les nombreuses observations qu'il a bien voulu nous remettre prouvent que M. Doléris est un partisan convaincu de cette opération.

Nous avons eu l'honneur d'être l'élève de MM. les professeurs Guyon, Pinard, Bruch et de MM. Bucquoy, Landouzy, Quénu et Sevestre. Nous n'oublierons jamais les savantes leçons de ces maîtres éminents, en même temps que leur extrême bienveillance à notre égard.

Nous avons une dette toute particulière à acquitter envers notre excellent maître, M. le Dr Ch. Nélaton, non seulement pour la sympathie qu'il nous a témoignée, mais encore pour les services qu'il nous a rendus dans le cours de nos études. Nous nous souviendrons toujours de ce qu'il a fait pour nous et nous le prions de recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le Dr Bouglé, prosecteur à la Faculté, n'a ménagé ni ses conseils ni sa peine pour nous guider dans notre travail. La reconnaissance qu'il nous inspire est d'autant plus vive que nous n'avions aucun droit à sa bienveillance.

Que M. le professeur Tillaux, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui adresser nos bien sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le 17 novembre 1840, *Alquié* (1) de Montpellier, présentait à l'Académie de médecine un mémoire intitulé : *Sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice*. L'auteur proposait d'agir sur les ligaments ronds pour combattre la déviation utérine, pensant que le raccourcissement de ces ligaments aurait une action particulièrement favorable contre l'abaissement. Sur ce dernier point, l'expérience n'a pas confirmé l'hypothèse d'*Alquié* : le raccourcissement des ligaments ronds est tout à fait inefficace contre le prolapsus utérin, du moins en tant qu'opération isolée. Combinée à la colpopérineorrhaphie elle peut trouver son indication logique quand, ainsi que cela arrive fréquemment, au prolapsus s'ajoute un certain degré de rétrodéviation.

Le mémoire d'*Alquié* passa inaperçu. Dix ans plus tard, *Aran* (2) en parle incidemment dans son *traité des*

(1) *Alquié*. (Bulletin de l'Académie de médecine, 1840-1841. T. VI, p. 223).

(2) *Aran*. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1850, p. 1839.

maladies de l'utérus, pour le combattre. Il considère ce procédé comme difficile et dangereux. Et il faut avouer qu'au moment où *Aran* écrivait ces lignes, la gravité des opérations, si minimes qu'elles soient, excusait la timidité des chirurgiens. Comme nous le verrons plus loin, on peut être amené dans le cours de l'opération à ouvrir la séreuse péritonéale ; au temps d'*Aran*, un tel incident eut été presque fatalement suivi d'un désastre.

En 1869, *Kœberlé* (1) ayant fait une laparatomie pour occlusion intestinale rencontre une rétroversion irréductible de l'utérus ; il imagina pour remettre l'utérus en place de fixer le ligament large gauche par l'intermédiaire de la trompe et l'ovaire dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; huit ans après l'utérus avait conservé sa nouvelle position. Malgré cette observation, il est difficile d'admettre que *Koeberlé* soit le promoteur de l'opération dite d'*Alexander* ; il s'agit en effet d'un cas accidentel dans lequel le chirurgien de Strasbourg fut amené à pratiquer extemporanément le redressement chirurgical de l'utérus sans qu'il y ait eu de sa part la moindre préméditation ; et la preuve en est que dans la suite, comme par le passé, il continua à traiter les rétrodéviations utérines par le pessaire de *Hodge*.

Lorsque la première observation d'*Alexander* fut publiée (voir plus loin), *Ravington* (2) réclame la priorité

(1) *Koeberlé*. Gaz. Méd. de Strasbourg, n° 3, 1877, in thèse *Manrique*, Paris, 1885-1886.

(2) *Ravington*. Méd. Press circul. 1872 (in thèse de *Manrique*).

de l'opération pour l'avoir expérimentée une fois sur le cadavre, dans un cas de prolapsus, en 1872.

Deneffe (1) de son côté, rappelle qu'il avait, dans sa thèse, conseillé le raccourcissement des ligaments ronds contre le prolapsus utérin.

Roux, de Lausanne (2) raconte qu'ayant fait une clinique sur l'opération d'*Alexander-Adams*, le docteur *Reynier* (de Neufchâtel) lui déclara après la séance qu'il avait vu faire cette opération à Berlin par *B. von Langenbeck* en 1856 ou 1857, et qu'il l'avait lui-même tentée sur le vivant quelque temps après, mais sans pouvoir découvrir les ligaments ronds.

Quoiqu'il en soit de ces réclamations de priorité, si l'on s'en tient, comme on doit le faire en pareil cas, à la date des publications, il semble évident que l'idée de l'opération appartient à *Alquié*, de Montpellier, et que son exécution de propos délibéré sur la femme vivante a été réalisée pour la première fois par *W. Alexander*, de Liverpool, le 14 décembre 1881, bien qu'elle n'ait été publiée que l'année suivante (3). *W. Alexander* avait à combattre un prolapsus utérin. C'est donc contre cette affection (prolapsus de l'utérus) que l'opération a été imaginée par *Alquié* et pratiquée pour la première fois par *W. Alexander*. Or, comme nous l'avons dit plus haut,

(1) *Deneffe*. Revue médicale belge, sept. 1885 (in thèse de Manrique).

(2) *Roux*. Revue médicale de la Suisse Romande, 1888, p. 645.

(3) *W. Alexander*. Medical Times and Gaz. avril 1882.

elle ne donne pas de résultat dans ce cas, si on n'y associe pas une restauration vagino-périnéale ; c'est là une notion aujourd'hui admise par tous les chirurgiens même par ceux qui sont les plus partisans de l'opération. Peut-être faut-il voir dans cette fausse indication, dans ce point de départ erroné le discrédit dans lequel l'opération ne tarda pas à tomber.

L'année suivante (1882), *Adams*, de Glasgow (1) pratique la seconde opération qui échoua complètement. L'*Alexander* fut bien accueilli en Angleterre ; en 1883, *Macfie Campbell* (2) publia quatre cas d'*Alexander* avec bons résultats. La même année, *Carlisle* expose quatre faits personnels à la British medical association de Liverpool et se déclare partisan de l'opération. En 1884 *W. Alexander* publie une première statistique de 22 cas (3) et en même temps, *Adams*, de Glasgow (4), réunit plusieurs faits de sa pratique personnelle suivis de succès. De sorte qu'à l'étranger, et surtout en Angleterre, les deux noms d'*Alexander* et d'*Adams* sont souvent associés pour désigner cette opération.

Aux séances de la *British medical association* du 29 juillet au 2 août 1884, *Reid* (de Glasgow) cite trois cas personnels avec trois succès. *Elder* (de Nottingham) a

(1) Adams. Glasgow. — Med. Gaz. (juin 1882) in th. Manrique.

(2) Macfie Campbell. — Liverpool med. and ch. J. n° 5 juillet 1883, page 236.

(3) W. Alexander. — The treatment of backward displacements of the uterus and prolapsus by the new methode of shortening of round ligaments. Churchill. 1884.

(4) Glasgow Med Journal 1884.

obtenu également une guérison. *Burton* (de *Liverpool*) publie treize ou quatorze observations avec bons résultats (1) *Gardner* (2), *Lediard*, *Imlach* (3) se déclarent également partisans de l'opération. *L. Tait* (4) a obtenu un résultat favorable bien qu'il y ait eu à la suite de l'opération une suppuration grave. Cependant quelques chirurgiens montrent que l'opération est souvent difficile et le résultat souvent incomplet. *J. Greg-Smith* (de *Bristol*) (5) cite un cas de récidence quatre mois après l'opération. *Keith*, *Croom*, *Sinclair*, à la Société obstétricale d'Edimbourg (25 mai 1885) se demandent si le résultat est persistant. *W. A. Duncan* (6) ne croit pas à l'apparente bénignité de l'opération : outre les trois cas de morts signalés par *Alexander*, il déclare avoir connaissance d'autres cas de mort qui n'ont pas été publiés et ajoute que, dans sa pratique personnelle, il n'a eu que des déceptions opératoires.

En 1885 *W. Alexander* (7) à propos de 15 nouvelles opérations proteste contre ces accusations et donne sa pratique définitive faisant remarquer qu'il y a lieu parfois de compléter par la restauration du plancher périnéal.

Imlach (8), s'appuyant sur quatorze observations, in-

(1) L'historique de l'opération d'*Alexander* a été très clairement et très complètement exposé pour les premières années (1881-1886) par *M. Doléris* dans les *Archives d'obst. et de gynéc.* de 1886.

(2) *Gardner*. *Glasgow. Med. journal* (5 nov. 1884).

(3) *Imlach*. *Edinburgh med. J.* 1885, p. 913 (in th. de *Manrique*).

(4) *L. Tait*. *British méd. Assoc. séance* du 10 juin 1885.

(5) *J. Greg. Smith*. *British M. J.* n° 1, 1884.

(6) *W. A. Duncan*. *British med. J.* 18 juillet 1885, p. 123.

(7) *W. Alexander*. *British Gyn.*, J. nov. 1885, page 248.

(8) *Imlach*. — loc. cit.

sistait sur l'efficacité de l'opération dans la rétroflexion chronique de l'utérus, avec prolapsus douloureux de l'ovaire.

En Amérique, *Emmet* (1) se montra, un des premiers, favorable à l'opération d'Alexander-Adams.

Parish (2), cite un fait personnel heureux, à la Société obstétricale de Philadelphie, le 7 mai 1885.

Mundé (3), d'après quatre cas où il a pratiqué l'Alexander, se montre peu enthousiaste. Cependant, quelques mois plus tard, à la suite d'une communication de *Polk* (4) sur dix observations personnelles qui sont favorables à l'opération, ce même auteur cite deux nouveaux faits opérés avec succès et revient sur sa première opinion; il pense que l'Alexander est une bonne opération dans les cas de déviations douloureuses et facilement réductibles.

En 1886, *Gardner* (5) a pratiqué vingt fois l'Alexander dont six fois pour rétroflexion et prolapsus réductibles. Ces six cas ont donné six guérisons. De un à deux ans, après l'opération, les femmes ont été revues : l'utérus avait conservé une bonne position et tous les troubles fonctionnels avaient disparu.

Kellog (6), en 1887, se déclare très satisfait des résul-

(1) Emmet. — Soc. obstetr. de New-York. Séance du 18 nov. 1884.

(2) Parish. — Am. J. of obstet, sept. 1885, p. 971.

(3) Mundé. — New-England, Med. Monthly, 15 mai 1885, p. 353 (anal. in Cent., f. Gynæk, oct. 1885).

(4) Polk. — Am. J. of obst. fév. 1886.

(5) Gardner. — Australian. Med. Journal, 15 octobre 1886. Analysé in Centralblatt, fur gyn., 1887.

(6) Kellog. — Journ. of The. Amer. Med. Assoc., 20 avril 1887.

tats obtenus dans les douze cas qu'il avait opérés.

G. Edebohls (1) a proposé, en 1890, un nouveau procédé opératoire, et en 1896 se déclare très partisan de l'opération à la suite des résultats obtenus. Sur 116 cas, 4 furent des *insuccès absolus*. Dans un cas, il fut impossible de découvrir l'un des ligaments. Le 2^e et le 3^e échec résultèrent de la gangrène des ligaments, enfin le 4^e insuccès fut la conséquence d'adhérences méconnues d'un ovaire qui entraînèrent, dans l'intervalle d'un mois, les deux ligaments dans l'abdomen.

Il y eut quatre *insuccès relatifs* dus à l'échappement dans l'abdomen d'un des ligaments ronds.

Chez 106 malades revues, l'utérus était en antéversion normale lors du dernier examen. Durée de l'observation, d'un mois à six ans et demi après l'opération ; en moyenne, plus de seize mois pour chacun des cas. L'auteur est convaincu que ces résultats peuvent encore devenir meilleurs.

En Allemagne, malgré le cas heureux signalé par Zeiss, l'opération d'Alexander fut froidement accueillie. En 1886, Sanger lut à la Société obstétricale et gynécologique de Leipzig un long mémoire sur les rétrodéviations et rétroflexions de l'utérus ; il déclara n'avoir jamais eu de bons résultats de l'opération d'Alexander-Adams.

Au deuxième congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Halle (2), Skutsch (d'Iéna) déclare qu'il

(1) Edebohls. New-York Med. gaz., 11 oct. 1890 et ann. de Gynécologie, déc. 1896.

(2) Semaine Médicale 1888.

n'est pas, a priori, enthousiasmé de l'opération d'*Alexander*. *Winckel* a vu un chirurgien américain très habile ne pas réussir à trouver les ligaments ronds; de plus, il aurait entendu parler d'avortement consécutif à l'opération. Cependant *Werth* dit avoir pratiqué neuf fois l'opération d'*Alexander* et cela toujours facilement. Le premier cas remonte à un an et demi et la malade est tout-à-fait guérie.

En France, une première mention de l'opération d'*Alexander* parut dans la Gazette médicale du 10 janvier 1885, sous le nom de M. R. *Durand-Fardel*. MM. *Hache* et *Tissier* (1) firent des recherches cadavériques qui leur démontrèrent que cette opération présentait de grandes difficultés matérielles. Ce fut également l'impression de MM. *Dolérís* et *Ricard* (2). A la suite d'une série de dissections, M. *Beurnier* (3) protesta contre ces assertions; son maître, le professeur *Duplay*, venait en effet de pratiquer deux fois l'*Alexander* sur le vivant et l'opération avait été facile. Malheureusement ces deux observations de *rétroflexion utérine* traitée par l'*Alexander*, consignées dans la thèse de *Manrique* (4) ne nous renseignent pas sur les résultats éloignés de l'intervention. M. *Beurnier* étudia

(1) *Hache* et *Tissier*. — Communic. à la Soc. clin. de Paris, 9 avril 1885. — Revue obst. et gynécolog., avril 1885, p. 154.

(2) *Dolérís* et *Ricard*. — Union médicale, 24 nov. 1885.

(3) *Beurnier*. — Union médicale, 6 déc. 1885.

(4) *Manrique*. — Etude sur l'opération d'*Alexander* précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus. — Thèse de doctorat, Paris, 1885-1886.

l'anatomie du ligament rond sur le cadavre ; il montra que ce ligament présentait toujours une résistance suffisante pour remplir le rôle qu'*Alexander* voulait lui faire jouer (1). D'ailleurs, M. *Doléris* et *Ricard* publiaient bientôt une note rectificative dans laquelle ils reconnaissaient, à la suite des recherches plus complètes, que la découverte et la fixation des ligaments ronds étaient en réalité plus faciles qu'ils ne l'avaient pensé tout d'abord (2). M. *Doléris* est devenu par la suite un partisan convaincu de l'*Alquié-Alexander*, ainsi que cela résulte de ses nombreuses publications (3).

En 1887, M. *Pozzi* (4) présentait à la Société de chirurgie un cas de guérison de rétrodéviatiou très douloureuse par l'*Alexander*. Quelques semaines après, M. Bouilly (5) publiait un cas de rétrodéviatiou guéri par cette opération, bien que le raccourcissement n'ait pu être pratiqué que d'un seul côté.

En 1888, *Roux* (de Lausanne) (6), dans une clinique sur l'opération d'*Alexander*, s'en déclare partisan pour les

(1) L. Beurnier. — Thèse de doctorat, Paris, 1886.

(2) Doléris et Ricard. — Union médicale, 29 déc. 1886.

(3) Doléris. — Mémoire lu le 14 mai 1887 à la Société de Médecine de Paris. — Compte rendu du Congrès international de Washington, août 1887. — Mémoire lu au meeting annuel de la Société américaine de Gynécologie à New-York. 14 septembre 1887 (21 cas personnels). — Congrès français de chirurgie, mémoire comprenant 30 observations. 17 mai 1888. — Archives d'obstét. et de gynécologie, 1890.

(4) Pozzi. — Bul. et Mém. de la Soc. de chir., 1887, p. 93.

(5) Bouilly. — Bullet. et mém. de la Soc. de Chir., 1887, p. 130.

(6) Roux. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1888.

rétrodéviations mobiles et pour guérir du même coup, dans certains cas, le *prolapsus de l'ovaire*. Il a pu constater sur un cadavre le résultat d'une de ses opérations à plusieurs années de distance. Sa statistique est de 8 cas. Il fait remarquer que l'*Alexander* ne donne aucun résultat contre le prolapsus. Enfin, il réfute les diverses objections qu'on a faites à l'opération : on l'a accusée d'être dangereuse, mais elle n'a donné que trois morts sur 150 cas, et encore ces trois cas malheureux sont-ils imputables à des fautes opératoires qu'on pourra facilement éviter par la suite. On a dit que l'opération était difficile. *Roux* proteste encore et fait remarquer que *Mundé* est tombé sur une bien mauvaise série pour avoir échoué trois fois sur ses quatre premières opérations. On évitera facilement la hernie consécutive signalée par M. *Schwartz* en refoulant bien le péritoine et en obtenant une réunion par première intention, et *Roux* conclut en disant : « pour le moment, « il faut ajouter que l'opération d'*Alexander* est indiquée « lorsque le traitement ordinaire (par les pessaires) a « échoué et, je dirais, lorsqu'il n'est pas permis : chez les « vierges ou les filles à marier qui ne veulent pas avoir dans leur corbeille un anneau de Mayer ou de Hodge. »

En 1839, M. *Schwartz* (1) fit à la Société de chirurgie une importante communication sur le traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds (opération d'*Alquié-Alexander*).

(1) *Schwartz*. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1839, séance du 20 mars.

Il a pratiqué dix fois l'opération depuis 1888 soit pour prolapsus soit pour *rétrodévi*ation.

Dans un cas, il eut une pointe de hernie consécutive. (Il avait incisé les fibres inter-colonnaires sans les resuturer). L'opération a été pratiquée seule neuf fois, une fois elle a été associée à une élytrorrhaphie antérieure.

Dans sept cas il s'agissait de rétro déviations, et toutes les fois de déplacement facilement réductible sauf un cas de rétroflexion avec prolapsus et fixation des ovaires dans le cul-de-sac de Douglas ; la réduction fut très difficile et ce fut un insuccès total. Voici quels furent les résultats des autres cas : cinq bons résultats fonctionnels, une amélioration, deux résultats nuls ; et M. Schwartz conclut en disant que l'*Alexander* est une bonne opération pour les déviations réductibles ou réduites à condition que l'utérus ne soit pas trop augmenté de volume et de poids. Il ajoute que l'opération est d'une bénignité complète.

M. L. Championnière (1) n'est pas convaincu de l'efficacité de l'opération qui, dit-il, peut être difficile.

M. Bouilly (2) semble également être peu partisan malgré son observation publiée en 1887.

M. Quénu (3) a revu dernièrement une de ses malades opérée il y a dix-sept mois pour *rétroversion douloureuse réductible* s'accompagnant de constipation. L'opération

(1) L. Championnière. Bull. de la Soc. de chir. 1889, séance du 20 mars.

(2) Bouilly. Bull. de la Soc. de chir. 1889. Séance du 20 mars.

(3) Quénu. Ibidem.

pratiquée en octobre a été facile ; les douleurs ont reparu depuis deux mois quoique l'utérus ait conservé sa bonne situation.

Cette observation ne nous semble pas être défavorable à l'opération, bien au contraire, puisque l'utérus est demeuré en bonne position, ce qui était le but recherché. Il faut admettre que cette malade ne souffrait pas de sa rétroversion, mais probablement des lésions annexielles concomitantes.

M. *Richelot* (1) a pratiqué deux opérations d'*Alexander* sans résultats satisfaisants. Dans un des deux cas, il y avait un petit fibrome de la paroi postérieure de l'utérus ; ce cas doit donc être retranché de la discussion. De plus, il est dit que la résection des ligaments ronds fut faite seulement sur une longueur de *cinq centimètres* ; comme nous verrons plus loin, cette résection est tout-à-fait insuffisante. Quant aux *hernies inguinales* qu'on peut voir survenir après l'opération, ainsi que le fait remarquer M. *Richelot*, nous pensons que cette complication peut être facilement évitée par une bonne restauration de la paroi (voir plus loin le chapitre de médecine opératoire).

Trélat (2) se déclare au contraire partisan convaincu de l'opération d'*Alexander*. Ce chirurgien insiste sur la nécessité que toute observation soit basée sur un diagnostic exact et précis ; pour lui, l'opération d'*Alexander* convient uniquement aux cas de rétroflexion exempts de toute

(1) *Richelot*. Bull. de la Soc. de chir. 1887. Séance du 27 mars.
Trélat. Ibidem.

complication ; *Trélat* adopte une classification défectueuse des rétroflexions ; il existe, dit-il, trois variétés de rétroflexions : 1^o mobiles ; 2^o résistantes ; 3^o adhérentes.

Les *rétroflexions résistantes* seraient des rétroflexions simples en voie de subir des modifications qui les transformeront en flexions adhérentes. Elles résistent d'abord aux manœuvres de réduction, dit-il, mais bientôt elles cèdent tout-à-coup. L'opération d'*Alexander* est réservée à ces deux catégories de rétroflexions : les mobiles et les résistantes.

En voulant faire la part trop large, *Trélat* a compromis la cause de l'*Alexander* ; les rétroflexions résistantes qu'il redressait à l'aide d'un instrument métallique très puissant spécialement construit à cette intention sont dues pour ainsi dire toujours à l'inflammation des annexes ; la péri-métrite est secondaire à la salpingo-ovarite, comme on le sait bien aujourd'hui ; aussi l'opération d'*Alexander* ne peut-elle rien contre ces rétroflexions *résistantes*, pas plus que contre les rétroflexions *adhérentes*, par la raison que ces déviations ne constituent pas, comme le pensait *Trélat*, deux catégories distinctes ; ce sont deux variétés, deux formes, à des âges différents d'une même maladie : la *périméthro-salpingite*, pour employer l'expression de *M. Pozzi*.

A la même séance de la Société du Chirurgie, *M. Bouilly* établit nettement la distinction entre les *rétro-déviations simples* et celles qui sont *compliquées de péri-métrite et d'annexite* ; mais pour les *rétro-déviations*

simples, M. Bouilly préconise l'application du pessaire de Hodge, précédée ou non d'une colpo-périnéorrhaphie.

M. Ségond (1) relate six cas personnels d'opération d'*Alexander*, deux pour prolapsus et quatre pour rétro-déviation, dont trois résistantes d'après la classification de Trélat. Sa conclusion est que les résultats sont très médiocres contre le prolapsus ; pour les rétro-déviation il partage l'opinion favorable de Trélat. Ces observations de M. Ségond figurent dans la thèse de Racoviceanu (2) faite sous l'inspiration du professeur Trélat. Depuis 1889, l'opinion de M. Ségond sur la valeur de l'*Alexander* s'est modifiée ; voici la note que nous devons à son extrême obligeance et pour laquelle nous lui exprimons toute notre reconnaissance : « L'opération d'*Alexander* est à mon « avis insuffisante ou mauvaise aussi bien pour les cas de « prolapsus que dans les cas de rétro-déviation adhérente. « Pour trouver un cas de rétro-déviation justiciable de cette « intervention, il faut en effet rencontrer une femme qui « souffre uniquement du déplacement de sa matrice sans la « moindre participation de ses annexes. Il faut, en outre, que « la rétro-déviation soit non adhérente et facilement réduc- « tible. C'est là, chacun le sait, un type clinique bien « exceptionnel et c'est pour cela, qu'à mon avis, les indica- « tions de l'opération d'*Alexander* doivent être considérées

(1) Ségond. Bulletin de la Soc. de Chir. Séance 27 mars 1889.

(2) Racoviceanu. Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviation chroniques de l'utérus. Thèse de Doctorat Paris, 1889.

« comme très rares. En ce qui me concerne, mon scepticisme vis-à-vis de cette opération n'a même fait que s'accroître. Depuis 7 ans, je ne l'ai jamais pratiquée et sur celles de mes malades qui auraient pu en être justiciables j'ai toujours préféré recourir à l'hystéropexie et je n'ai eu qu'à m'en louer. Cette intervention bénigne et sûre est, en effet, la seule qui permette à la fois de mettre l'utérus en bonne place, de vérifier l'état des annexes et d'éviter, en définitive, les ennuis d'une opération inutile ».

MM. *Championnière* (1) et *Terrier* (2) repoussent également le pessaire et l'*Alexander* ; il donnent la préférence à l'hystéropexie.

Terrillon (3) fit trois fois l'*Alexander* pour *rétro-déviation mobile* et obtint trois succès ; deux fois il échoua, dans un de ces cas, la déviation était irréductible, dans l'autre il y avait un fibrome. Son opinion est que l'opération est bonne dans les cas simples facilement réductibles. Quand, dit-il, la position genu-pectorale ne redresse pas la rétro-déviation, la récurrence est fatale, et, par suite, on ne doit pas opérer ; dans le cas de métrite, il faut commencer par la traiter.

En 1890, à la Société de Chirurgie, *Terrillon* rapporte une observation de M. *Lagrange* (de Bordeaux) dans laquelle l'opération d'*Alexander* fut pratiquée avec succès pour une rétroversion mobile : la guérison s'était mainte-

(1) *Championnière*. Bull. de la Soc. de Chir. 27 mars 1889.

(2) *Terrier* Ibidem.

(3) *Terrillon* Ibidem,

nue cinq mois après l'opération. *Terrillon* cite à ce propos deux faits personnels récents dans lesquels l'opération a été suivie de récidence, 20 jours après dans un cas, et 11 mois après dans l'autre. *Trélat* apporte une statistique de 38 cas, et fait remarquer que c'est dans le cours du premier mois qu'il a toujours vu survenir les échecs qu'il attribue à l'allongement des ligaments ronds.

M. *Le Dentu* publie dans la même séance trois observations personnelles ; il a eu un échec sur ces trois cas.

Dans son article du *Traité de Chirurgie sur les rétro-déviationes utérines*, M. *Delbet* (1) se montre très partisan de l'opération d'*Alexander* réservée aux cas des déviations mobiles en y associant au besoin une opération sur l'utérus ou une restauration vagino-périnéale.

Telle est également, ainsi que nous avons pu nous en assurer, l'opinion de M. *Potherat*. C'est sous l'inspiration de ces deux chirurgiens qu'a été faite la thèse de M. *J. Warde* (2) qui pose les indications relatives des deux opérations rivales, l'*Alexander* et l'hystéropexie.

En 1892, M. *Chaput* (3) condamne l'*Alexander* comme difficile et infidèle et préconise l'hystéropexie.

Otto Lanz (4), s'appuyant sur les résultats de la clini-

(1) *Delbet*. — *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*. T. VIII.

(2) *J. Warde*. — De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviationes de l'utérus. *Alexander* et *Hystéropexie*. Th. de doctorat Paris 1893.

(3) *Chaput*. — *Semaine Médicale* 1892.

(4) *Otto Lanz*. — *Arch. für Gynakologie*. XLIV, 2 1893. *Semaine Médicale*, 1893.

que du professeur *Kocher*, vient « rompre une lance », suivant son expression, en faveur de l'*Alexander* sous la réserve qu'elle soit appliquée à certains cas définis et qu'elle soit faite suivant une technique particulière, seulement pour les rétrodéviations mobiles et les prolapsus non compliqués.

Au Congrès de Bordeaux en 1895 (1), M. *Bouilly* expose les symptômes et le traitement des rétrodéviations mobiles et insiste sur la nécessité d'une bonne *orthopédie vagino-utérine* ; ce chirurgien propose l'application du pessaire de Hodge pour combattre le déplacement utérin lorsque le plancher périnéal et le col utérin ont été préalablement restaurés.

M. *Dolérts* insiste sur l'heureux effet de l'opération d'*Alexander* après ces opérations vagino-périnéales ; c'est à ces opérations multiples et associées qu'il faut avoir recours dans la rétrodévation mobile car ce déplacement utérin ne va guère sans prolapsus ou sans métrite.

M. *Duret* (de Lille) se déclare également partisan de l'*Alexander*.

Tout dernièrement enfin, au Congrès International de Gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève de 1 au 5 septembre 1896, la question du *traitement chirurgical des rétro-déviations utérines* a été mise à l'ordre du jour :

M. *Otto Küstner* (de Breslau) rapporteur, distingue les

(1) Congrès de Gynécol. d'Obstét. et de Pédiatrie. Bordeaux du 8 au 14 août 1895, in *Nouv. arch. d'Obstétr. et de Gynécol.* 25 septembre 1895,

rétrodéviations mobiles des rétrodéviations adhérentes et pense que celles-ci doivent être mobilisées par le massage ou les manœuvres de « reposition bimanuelle » de *Schultze*. Si ces procédés sont inefficaces, il faut recourir à la laparotomie pour libérer l'utérus. Sa conclusion est que pour les rétrodéviations réductibles d'emblée, la meilleure opération est l'*Alexander* exécutée d'après les procédés de *Werth-Kocher*.

Sa statistique personnelle comprend 71 opérations d'*Alexander*; deux fois, le ligament rond ne fut pas trouvé. Sur les 65 cas contrôlés ultérieurement, 57 fois l'utérus était en bonne position. Il donne ensuite une statistique de 120 cas empruntés à différents chirurgiens; ces cas ont donnés beaucoup de récurrences, mais il n'y a pas lieu de nous en étonner, puisque sur ces 120 cas, il y avait 100 *rétro-déviations fixes* pour lesquelles l'opération est inefficace.

M. *Pozzi*, co-rapporteur, condamne l'*Alexander* comme infidèle, traduisant ainsi la pensée d'un grand nombre de chirurgiens français.

M. *Polk* (de New-York), co-rapporteur, se montre au contraire partisan de l'*Alexander*. Il combat les procédés de fixation de l'utérus au vagin et à la paroi abdominale. Les opérations sur les ligaments lui paraissent préférables, qu'on pratique le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds ou leur raccourcissement intra-péritonéal associé au raccourcissement des ligaments

utéro-sacrés. Cette dernière opération semble avoir toutes ses préférences.

M. *Reynier* est partisan de l'*Alexander* associée aux opérations périnéales dans la rétroversion ; il rejette cette opération dans la rétroflexion, car dit-il, elle risque dans ce cas d'exagérer la déviation (cas personnel et cas de M. G. *Marchant*).

M. *Schwartz* semble être actuellement moins enthousiasmé de l'*Alexander* et préconise surtout l'hystéropexie abdominale.

MM. *Pichevin* (1), *Paul Petit* (2), *Chaleix-Vivie* (3) de Bordeaux et *Kummer* (4) de Genève se déclarent partisans de l'*Alexander* combinée aux opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

On voit par cet aperçu historique de l'opération de l'*Alexander* que cette méthode semble actuellement avoir perdu du terrain, après avoir joui d'une certaine faveur. En France, elle a été abandonnée par bon nombre de chirurgiens ; en Allemagne son succès est encore moindre. C'est en Angleterre, là où elle a été faite pour la première fois et en Amérique qu'elle a le plus de partisans. Quelques gynécologues en France sont cependant des défenseurs convaincus de cette opération, ce sont : MM. *Delbet*,

(1) *Pichevin*. Congrès International de gynécologie et d'obstétrique tenu à Genève du 1^{er} au 15 sept. 1896.

(2) *Paul Petit*. *Eodem loco*. Annales de gynécologie, déc. 1896.

(3) *Chaleix-Vivie*. Congrès de Genève, 1896 et Semaine gynécologique, fév. 1897.

(4) *Kummer*. *Ibidem*.

Doléris, Paul Petit, Pichevin, Picqué (1), Reynier à Paris ; Duret à Lille ; Lagrange et Chaleix-Vivie à Bordeaux.

Nous voudrions, dans les chapitres qui suivent, prouver avec ces chirurgiens que l'*Alexander* constitue une excellente opération à condition de la réserver à *certains cas précis* et de la *bien exécuter*.

(1) Picqué. Communication orale (voir plus loin ses observations).



CHAPITRE II

Article I^{er}

Anatomie pathologique et pathogénie des rétrodéviations

On a beaucoup discuté sur la direction normale de l'utérus; cependant la plupart des anatomistes s'accordent aujourd'hui pour admettre que cet organe est en *antéversion* et en *antéflexion* légère, le corps faisant avec le col un angle très obtus ouvert en avant. La clinique confirme pleinement, à ce point de vue, les recherches cadavériques ainsi que les Gynécologistes le constatent tous les jours par le toucher vaginal combiné au palper abdominal.

Il est un autre fait non moins incontestable, c'est la grande instabilité de l'utérus, sous l'influence des alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie, la matrice subit des déplacements correspondants et alternatifs dans le sens antéro-postérieur; mais tant que l'appareil de suspension a conservé son action, l'utérus a sans cesse une tendance à revenir en antéversion. Or, l'appareil de soutienement de l'utérus est essentiellement constitué par le plancher périnéal, et en particulier par le releveur de l'anus, embrassant le conduit vaginal.

C'est cette notion de la fixation de l'utérus par ses étroites connexions avec le système musculaire vagino-périnéal, bien mise en relief par *Nicolétis*, en particulier, qui a été le point de départ des nombreux procédés de *vagino-fixation* proposés dans ces dernières années.

Les ligaments utéro-sacrés jouent également un rôle important dans la statique utérine, en s'implantant à la fois sur la paroi postérieure du vagin et sur la portion voisine de l'utérus; on ne conçoit pas qu'il puisse se produire d'abaissement, c'est-à-dire, de prolapsus de l'utérus, sans qu'il y ait relâchement préalable de ces ligaments utéro-sacrés dans l'épaisseur desquels *Luschka* a décrit le muscle rétracteur de la matrice.

Quant aux ligaments ronds, il nous semble qu'ils n'ont qu'une action tout-à-fait secondaire à l'état normal; la preuve c'est qu'ils ne sont nullement tendus lorsque l'utérus est en position physiologique; la courbe qu'ils décrivent dans leur portion intra-pelvienne se redresse quand l'utérus repoussé par la distension vésicale se porte en arrière.

L'embryologie nous apprend que le ligament rond a joué son rôle pendant la vie intra-utérine. C'est alors le *ligament inguinal du corps de Wolff*, véritable *gubernaculum ovarii* analogue au *gubernaculum testis* du fœtus mâle, dont la portion inférieure donnera naissance au ligament rond (*Wieger*) (1). Chez la femme adulte, il sert de

(1) G. Wieger. — *Ueber die Entstehung und Entwicklung der Bänderwüchsen, Genitalapparates beim Menschen*. Ein Beitrag zur

tuteur à quelques vaisseaux sanguins et lymphatiques, à savoir : 1° Une branche de l'artère épigastrique; 2° Des veines utérines éfférentes qui vont s'anastomoser dans la paroi abdominale antérieure avec le système veineux épigastrique et saphène interne; 3° Des lymphatiques utérins qui se rendent aux ganglions inguinaux.

Les *Rétrodéviation*s sont très fréquentes. D'après la statistique de *Vedeler* (1) portant sur *trois mille femmes*, la rétroversion se rencontre dans la proportion de 10 %, la rétroflexion dans celle de 8 %, soit, au total, 18 % de rétrodéviation. Malheureusement, dans cette statistique, comme dans toutes celles publiées jusqu'à présent, la distinction n'est pas faite entre les deux grandes catégories de rétrodéviation, les *mobiles* et les *fixes*.

Les *rétrodéviation*s utérines sont donc de deux sortes : la *rétroflexion* et la *rétroversion*.

La *rétroversion* existe rarement à l'état isolé; le plus souvent elle est combinée à un certain degré de *rétroflexion*. Celle-ci peut au contraire exister seule et parfois à un degré tel qu'elle nécessite (comme nous le verrons plus loin) certaines précautions opératoires pour ne pas être exagérée par l'opération d'*Alexander* au lieu d'être corrigée. (2)

Lehre des Descensus ovariorum. Arch. f. Anat. und Physiologie. Anat. Abtheil. 1885.

(1) *Vedeler*, Arch. f. gyn., Band XIX, Heft 2, 1882.

(2) *Reynier*, Congrès international de Gynécologie tenu à Genève, Sept. 1896.

I. — RÉTRODÉVIATION CONGÉNITALE

La *Rétrodéviatio*n peut être *congénitale* (1) en rapport avec un vice de conformation dans l'appareil de suspension de l'utérus. Mais le fait est exceptionnel et sans intérêt pour le chirurgien, car ces déplacements congénitaux sont habituellement bien supportés. L'utérus reste le plus souvent petit, *infantile* et ne provoque aucune douleur, aucun trouble appréciable. Il n'y a donc pas lieu d'intervenir dans ce cas.

II. — RÉTRODÉVIATION ACQUISE

A. aigüe. — La *rétrorodéviatio*n est presque toujours *acquise*. A la suite d'un coup, d'une chute, d'un violent effort, le déplacement peut se produire brusquement, c'est la *rétrorodéviatio*n *aigüe* comparable au prolapsus aigu de l'utérus. Elle entraîne habituellement des troubles assez prononcés, douleurs, accidents nerveux, qui poussent les malades à réclamer de suite les soins du chirurgien. Si le déplacement n'a pas été préparé par une altération de l'appareil suspenseur de l'utérus ou par une métrite antérieure avec hypertrophie de l'organe, le redressement peut être effectué à l'aide d'une manœuvre simple, par

(1) Ruge. Zeitschrift f. Geb. und Frauenkrank. Band II, Heft 1, p. 245.

exemple par le procédé de redressement bimanuel préconisé par *Schultze*. L'utérus remis en place n'a plus de tendance à retomber en arrière et l'affection est guérie d'emblée. C'est sans doute dans ces cas de rétrodéviations aigües qu'on peut voir l'utérus se redresser brusquement sous l'influence d'une manœuvre appropriée. M. le professeur *Tillaux* (1) M. *Schwartz* (2) ont signalé des faits de ce genre. Dans le cas de M. le professeur *Tillaux*, l'utérus s'était redressé comme s'il avait été mù par un ressort, « comme un gibus » suivant la comparaison donnée jadis par *Pajot* pour le redressement de l'utérus rétrofléchi sous l'influence de la grossesse.

B. Chronique. — Mais tous ces faits de *rétrodéviation congénitale* ou *acquise aigüe* sont exceptionnels, la variété de déplacement la plus commune celle que nous avons particulièrement en vue est la *rétrodéviation chronique* survenue lentement et progressivement.

Les causes de cette *rétrodéviation chronique* sont multiples. La plus fréquente, celle qui a été invoquée par tous les auteurs, c'est la *subinvolution utérine* (G. Thomas). A la suite d'un accouchement, l'involution utérine, c'est-à-dire, ce travail de restauration qui se poursuit pendant quelques semaines et qui a pour but de ramener l'utérus à l'état normal, dans sa forme, dans sa situation et dans sa structure, s'est incomplètement effectué. La

(1) *Tillaux Annales de Gynéc.* 1890.

(2) *Schwartz, Congrès international de Gynécologie tenu à Genève, sept. 1896.*

paroi postérieure de l'utérus est restée molle, flasque ; la paroi antérieure a conservé une trop grande étendue et cet « excès d'étoffe » de la paroi antérieure en même temps que cette laxité de la paroi postérieure concourent à la production de la rétroflexion. *Martin* incrimine, pour expliquer ces troubles dans l'involution utérine, l'insertion de débris placentaires sur les parois.

L'appareil de soutien de la matrice ; appareil vaginopérinéal d'une part, ligaments utéro-sacrés d'autre part, présente, lui aussi, des altérations en rapport avec la subinvolution utérine. Il reste flasque et relâché, les ligaments utéro-sacrés sont allongés, le plancher périnéal et le muscle vaginal distendus au moment de l'accouchement ne retrouvent pas leur tonicité primitive ; aussi la rétrodéviation s'accompagne-t-elle dans ce cas de prolapsus par insuffisance du périnée et de la paroi vaginale.

En dehors de la grossesse, la rétrodéviation peut être due à une *hypertrophie utérine*. Il y a en effet des femmes qui, sans jamais avoir été enceintes, sont manifestement atteintes de *rétrodéviation*, et de *rétrodéviation mobile*, c'est-à-dire indépendante de toute affection des annexes (comme nous le verrons plus loin).

L'augmentation de volume de l'utérus peut être due à l'existence d'une tumeur (cancer et surtout fibrome) développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure par exemple ; mais nous ne signalons cette cause de *rétrodéviation* que pour l'éliminer. Dans ce cas, en effet, la tumeur est tout, le déplacement n'est rien ; c'est contre la tumeur

qu'il faut agir et l'opération d'*Alexander* ne peut évidemment rien contre elle. Nous ferons remarquer, en passant, que c'est à notre avis, une des nombreuses causes de l'échec de l'*Alexander* ; un fibrome méconnu entraîne fatalement la récidive de la rétrodéviation par le progrès de son développement. Nous avons déjà signalé une des observations de M. *Richelot* dans laquelle un fibrome utérin a été, à notre sens, la cause de la récidive après l'*Alexander*.

Nous n'envisageons ici que les hypertrophies utérines liées à l'inflammation chronique de l'organe. Lorsque la métrite est ancienne, les lésions ont gagné par la voie péri-glandulaire et péri-vasculaire le parenchyme utérin, il se fait un travail de sclérose interfasciculaire du muscle utérin qui ne va pas sans une congestion plus ou moins intense de l'organe et par suite sans un degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie.

Au reste, cette notion de l'augmentation de volume et de poids de l'utérus dans la métrite chronique, qu'on l'appelle parenchymateuse avec certains auteurs, ou interstitielle avec d'autres, est tellement banale qu'il est inutile de s'y appesantir. Mais on a moins insisté sur les relations qui existent d'une façon certaine, selon nous, entre la métrite chronique et la rétro-déviation. M. *Bowilly*, cependant, dans ses communications multiples, et en particulier au congrès gynécologique de Bordeaux (1885), a bien montré la fréquence des lésions inflammatoires du corps et du col de l'utérus dans les cas de prolapsus et de retro-

déviation concluant que, le plus souvent, il faut faire précéder les opérations de redressement ou de restauration vagino-périnéale, d'un curettage et d'une résection plus ou moins étendue du col utérin hypertrophié et sclerosé. M. Pozzi a également mis en relief ce point spécial dans son rapport sur les retroréviations utérines, au Congrès de Genève (1896).

M. Delbet, dans son excellent article du *Traité de Chirurgie*, réserve un chapitre à part à la métrite dans l'étiologie de la *rétrorévation mobile* ; il émet cette opinion comme résultat de son expérience personnelle et, de fait, les traités classiques n'en parlent guère. M. Doléris a insisté lui aussi sur la complexité habituelle des lésions et sur la nécessité des opérations combinées (curettage, Schröder, colpo-périnéorrhaphie, Alexander).

La circulation est gênée dans cet utérus basculé en arrière et rétrofléchi ; il en résulte des troubles dans sa nutrition qui entretiennent et accentuent les lésions de métrite. En sorte que la métrite, cause première de la rétrorévation, se trouve aggravée par la situation vicieuse qu'elle a occasionnée.

Faut-il aller plus loin et admettre avec Trélat que la *rétrorévation* peut à elle seule produire la métrite ? Cela nous semble difficile ; on sait en effet aujourd'hui que la métrite proprement dite est le résultat d'une infection. Nous admettons plus volontiers que la *rétroversion*, qui s'accompagne presque toujours de *rétroflexion*, comme nous l'avons vu plus haut, entraîne une gêne circulatoire

intra-utérine ; il y a stase, congestion passive, et par suite le terrain est admirablement préparé pour l'éclosion de la métrite, mais encore faut-il, pour le développement de celle-ci, la pénétration d'un agent infectieux.

Telles sont les deux causes habituelles de la *rétro-dé-
viation mobile*, de celle qui ne s'accompagne pas d'adhérences de la face postérieure de l'utérus avec les organes voisins : ovaires, trompes, rectum, etc.

Mais il existe fréquemment des lésions inflammatoires au niveau du péritoine péri-utérin ou dans le tissu cellulaire justa-utérin. Dans le premier cas, des adhérences s'établissent entre la séreuse de la face postérieure de l'utérus et le péritoine voisin, c'est-à-dire celui de la face antérieure du rectum, des anses de l'intestin grêle ou encore du colon pelvien si souvent situé dans le cul-de-sac de Douglas. Ce sont d'abord des filaments fibrineux sans consistance, qui se rompent à la moindre traction et que l'on rencontre fréquemment au cours des laparotomies pour affection péri-utérine. Peu à peu ces adhérences s'organisent, pour ainsi dire ; des cellules conjonctives, nées de la séreuse enflammée, se développent en réseau ; bientôt des vaisseaux y apparaissent, d'abord grêles et fragiles, qui deviennent par la suite plus résistants. Ainsi se sont produites de fortes adhérences de péri-métrite. D'autres fois, l'inflammation prédomine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui environne l'utérus (*paramétrite* des auteurs allemands). Ce phlegmon ne va guère, comme on le sait aujourd'hui, sans un certain

degré de lymphangite. L'inflammation est rarement assez aigüe pour amener la formation d'un abcès ; il se produit une induration de phlegmon chronique à évolution lente et à tendance rétractile. Ces lésions de paramérite et de pelvipéritonite ont pour résultat de maintenir l'utérus absolument fixé. Telle est la *rétrodéviatiou adhérente*. Quant à la *rétrodéviatiou résistante* de Trélat, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, elle doit être rapprochée de la *rétrodéviatiou adhérente* ; la cause du déplacement est la même, mais les lésions inflammatoires sont moins anciennes et, par suite, les adhérences moins prononcées.

On sait aujourd'hui, et c'est là une notion de la première importance, que ces adhérences retro-utérines sont *secondaires* à des lésions primitives de la tompe et de l'ovaire. Il y a d'abord salpingo-ovarite ; et secondairement se produisent ces inflammations péritonéales et sous-péritonéales qui viennent fixer l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

La fréquence de l'annexite est si grande, les lésions qu'elle entraîne sont si prédominantes qu'on en vint, par excès contraire, à nier l'existence de la pelvipéritonite et du phlegmon péri-utérin auquel les anciens Gynécologistes attachaient tant d'importance. En réalité, para et péri-mé- trite se rencontrent fréquemment mais comme altérations secondaires.

Est-ce à dire qu'il ne puisse pas y avoir d'inflammation péri-utérine sans lésions annexielles ? A priori, il

semble logique d'admettre la propagation possible d'une infection née dans la muqueuse utérine à la surface de l'organe par l'intermédiaire du riche réseau lymphatique et de fait, on rencontre fréquemment à la suite d'un accouchement de la lymphangite péri-utérine, de la cellulite pelvienne, indice d'une infection puerpérale atténuée sans retentissement manifeste sur les annexes. Mais ces inflammations post-partum disparaissent rapidement et complètement si la trompe et l'ovaire sont restés indemnes et par suite elles ne peuvent pas être l'origine d'une rétrodéviati^{on} adhérente de l'utérus. Le point intéressant serait de savoir si une métrite chronique ne pourrait pas, sous l'influence d'une nouvelle infection, être le point de départ de lésions inflammatoires péri-utérines, sans l'intervention des annexes, lésions qui seraient entretenues par la métrite persistante. La plupart des auteurs tendent actuellement à rejeter cette pathogénie, néanmoins cette question exigerait peut-être un complément de recherches.

Quoi qu'il en soit, on voit qu'en résumé, les rétrodéviations utérines sont de deux sortes : les *rétrodéviations adhérentes* et les *rétrodéviations mobiles*. Les premières sont *secondaires* à une inflammation primitive des annexes ; et sont les plus fréquentes. Les secondes ne s'accompagnent d'aucune lésion grave des annexes. Elles sont liées à la métrite chronique et plus souvent à un degré plus ou moins prononcé de prolapsus.

Dans la *rétrodéviati^{on} mobile*, les ovaires sont souvent

prolabés et peuvent devenir douloureux, mais ils ne sont pas profondément altérés.

Cette distinction est capitale. Il est évident en effet que l'opération d'*Alexander* ne devra jamais être tentée dans le cas de *rétrodéviatiou adhérente*, tandis qu'elle constitue, croyons-nous, une méthode excellente de traitement de la *rétrodéviatiou mobile* ; et nous pensons que si bon nombre de Gynécologistes ont eu des déceptions opératoires, c'est qu'ils ont demandé à l'*Alexander* autre chose que ce qu'elle peut donner, à savoir le redressement d'un utérus mobile. Il nous semble en particulier que *Schultze*, *Trélat*, *Pouillet*, de Lyon, ont fait cette confusion. *Schultze* préconise le redressement bi-manuel de l'utérus non seulement dans le cas où l'organe est libre et mobile, mais c'est encore pour lui une méthode de traitement des « adhérences paramétritiques », à condition, ajoutait-il, qu'elles soient anciennes et qu'il n'existe plus de phénomènes inflammatoires.

Schultze n'a donc pas vu le rôle prépondérant joué par l'annexite dans cette *rétrodéviatiou adhérente*. Du moins sa recommandation est-elle très-sage : si, en effet, le redressement utérin est impuissant dans le cas de *rétrodéviatiou adhérente* lorsque les lésions sont anciennes, et, par suite les phénomènes infectieux très atténués, l'opération est en tous cas bénigne. Il n'en est pas de même si on s'attaque à des accidents inflammatoires récents, en voie d'évolution : on rompt alors des adhérences utiles et pour ainsi dire bienfaisantes, et l'infection peut se propager à

distance déterminant des accidents graves de pelvipéritonite.

En 1888, dans une clinique publiée dans la *Semaine médicale* sur les *Rétrodéviation et rétroflexions adhérentes de l'utérus et leur traitement*, Trélat donnait la description de sa méthode et préconisait l'emploi d'un instrument métallique très solide, dit redresseur utérin, destiné à être introduit dans la cavité utérine. M. Pouillet, de Lyon, inventa également un hystéromètre puissant destiné à vaincre les rétrodéviations adhérentes ; et son élève, M. Roulland, fit du *Traitement de rétrodéviations et rétroflexions utérines adhérentes et leurs complications*, l'objet de sa dissertation inaugurale.

Il nous semble que ces instruments doivent être absolument abandonnés comme dangereux et inefficaces. Nous ferons remarquer du reste, avec M. Delbet, que, plus tard, Trélat (1) fut le premier à reconnaître que l'opération d'Alexander ne donnait rien quand il fallait rompre des adhérences pour redresser l'utérus,

(1) Trélat. Clin. chir.

Supposons
une opération à une lèvre
ne souffrirait pas d'être
Douleur. — Malheureusement cette indolence de
rétrodéviation est rare ; le plus souvent les malades se
plaignent de phénomènes douloureux plus ou moins

ARTICLE II

Symptômes et diagnostie de la rétrodéviatiou mobile

A. — *Signes physiologiques.*

Les malades atteintes de *rétrodéviatiou simple* ou *mobile* ne présentent parfois aucun trouble fonctionnel ; c'est par hasard que le déplacement utérin est reconnu. Faut-il traiter ces rétrodéviations indolentes ? Certains gynécologistes répondent, par l'affirmative. *Trélat* disait : « Chaque fois que vous rencontrerez une femme bien « portante avec une rétroflexion vous vous déciderez à « intervenir immédiatement pour prévenir les complica- « tions inévitables. » Tout en reconnaissant que l'utérus rétrodévié se trouve par cela même dans de mauvaises conditions de nutrition, nous n'oserions pas être aussi catégorique, et nous aurions quelque scrupule à imposer une opération à une femme qui n'a jamais souffert et qui ne souffrira peut-être jamais.

Douleur. — Malheureusement cette indolence de la *rétrodéviatiou* est rare ; le plus souvent les malades se plaignent de phénomènes douloureux plus ou moins

accentués. Ce sont des douleurs pelviennes que les malades localisent profondément et qui s'irradient en arrière vers la région lombaire, et plus bas vers le sacrum et le coccyx. La douleur lombaire est particulièrement accentuée dans le cas de prolapsus concomittant.

Peu prononcées ou complètement nulles dans le décubitus dorsal, les sensations pénibles ne se manifestent souvent que dans la station debout. Elles s'exagèrent par la marche et par les cahots de la voiture.

Certaines malades souffrent constamment même étendues dans leur lit.

Le symptôme douleur présente parfois une acuité insolite au point d'empêcher presque complètement la marche, comme s'il y avait des lésions accentuées de salpingo-ovarite. Les malades s'avancent alors à petits pas le corps plié en deux, et le décubitus dorsal n'amène pas la cessation de ces douleurs.

On s'est demandé quelle pouvait être la cause de douleurs aussi intenses. On a invoqué les lésions de paramérite, mais nous admettons qu'il n'y a pas d'inflammation péri-utérine. D'autres auteurs ont pensé qu'elles étaient dues à la compression du plexus sacré ; l'anatomie ne s'accommode guère de cette explication. M. Pozzi les attribue au tiraillement des annexes résultant de la déviation utérine, et, de fait, comme nous le dirons plus loin, et, comme on pouvait le prévoir à priori, les annexes sont souvent déplacées, prolabées, dans la *rétrodéviation mobile*. Mais cette complication est inconstante et certaines

malades souffrent beaucoup, chez lesquelles on ne constate nullement par le toucher la chute des annexes.

C'est dans l'état général de ces malades qu'il faut rechercher l'explication de ces douleurs parfois si intenses. Les femmes atteintes de *rétrodéviation mobile* sont très souvent des névropathes, des neurasthéniques, parfois même de véritables hystériques. Dans un certain nombre de nos observations, ce fait est bien spécifié. Chez certaines malades, il peut survenir des accidents nerveux plus sérieux : chorée, aphonie, crises hystéro-épileptiques, vomissements répétés. Ces phénomènes se rencontrent surtout dans la rétrodéviatiion associée au prolapsus utérin.

Parfois même le trouble dystrophique est généralisé, il s'agit d'une ptose viscérale généralisée telle que l'a décrite *Glénard*, de Lyon, (entéroptose, dilatation de l'estomac, nephroptose, hépatoptose, etc.)

Dans ce cas, il est difficile de savoir si la malade souffre plus de sa déviation utérine que de ses autres ptoses, et nous pensons avec *M. Pierre Delbet* (1) que ces malades ne sont pas justiciables de la chirurgie ; elles doivent être traitées médicalement à moins qu'on n'ait des raisons sérieuses de croire que les troubles utérins ont été le point de départ des accidents nerveux. Sans parler de ces formes complexes de ptose viscérale généralisée, il existe au point de vue des indications opératoires deux catégories de névropathes utérines : celles qui souffrent de leur rétrodéviatiion parce qu'elles sont nerveuses ; ce

(1) Communication orale.

sont les neuro-arthritiques de M. Richelot, et, suivant son expression, les *noli me tangere* de la gynécologie. L'opération ne peut avoir en effet chez elle aucune efficacité, et après le redressement de l'utérus elles souffriront autant qu'avant de « névralgie pelvienne ».

Mais il est d'autres malades qui sont devenues nerveuses à l'occasion du déplacement de leur matrice ; la lésion locale est manifestement primitive et les troubles nerveux consécutifs. La preuve en est que si on redresse leur utérus momentanément à l'aide d'un pessaire ou d'un tamponnement vaginal bien fait, elles se sentent immédiatement soulagées. Chez ces malades, l'opération trouve son indication formelle, car on peut espérer les guérir radicalement. A. Pacifico Pereira (1) rapporte ainsi quelques cas de névroses réflexes dues à des déplacements utérins ; il a obtenu ainsi la disparition de violentes gastralgies, de vomissements rebelles, de vertiges, d'accès de toux convulsive. On obtient un effet thérapeutique comparable à celui donné par la néphrorraphie pour guérir les troubles nerveux réflexes consécutifs au déplacement du rein.

Troubles dyspeptiques. — Les troubles dyspeptiques marchent généralement de pair avec les troubles névropathiques, et ce que nous avons dit de ceux-ci est applicable à ceux-là.

Troubles de défécation. — La constipation est fré-

(1) Pereira. — *Gazete med. de Bahia*, août 1889. Analysé in *Ann. de Gynécologie* 1890.

quente chez les malades atteintes de *rétrodéviation mobile* ; mais c'est là comme l'on sait un symptôme banal chez les femmes et qui ne mérite pas de nous arrêter. Un phénomène plus important et caractéristique est la douleur à la défécation. Elle est parfois assez vive, se présentant sous forme d'épreintes et s'accompagnant de tenesme rectal.

Troubles de la miction. — Les troubles de la miction sont quelquefois aussi assez marqués, surtout dans le cas de *réroversion*, c'est-à-dire lorsque le col utérin refoule la vessie contre la symphyse pubienne. Il ne s'agit pas de cystite à proprement parler, mais de cystalgie, d'irritation vésicale, qui se traduit par de la pollakiurie et une sensation plus ou moins pénible de cuisson à la miction, surtout au passages des dernières gouttes d'urine. On sait combien cette cystalgie, indépendante de toute infection vésicale, est fréquente dans les affections génitales de la femme, mais il semble que cette complication soit particulièrement manifeste dans la *rétrodéviation* associée au prolapsus.

G. F. Hermann (1) a étudié les troubles fonctionnels chez 407 malades atteintes de *rétroflexion* et de *rétrodéviation*. Les 9/10 se plaignaient de douleurs chroniques quelconques. La douleur à la défécation, avec ou sans constipation a été notée dans la proportion de 50 %, et l'irritabilité vésicale dans celle de 20 %. Malheureuse-

(1) Hermann. — Soc. d'obstét. de Londres du 4 janvier 1892, (Analyse in Sem. Méd. 1893).

ment dans cette statistique, Hermann ne nous dit pas s'il s'agissait de *rétroréviations mobiles* ou de *rétroréviations adhérentes*.

Troubles de la menstruation. — La leucorrhée accompagne fréquemment la *rétrorévation mobile*. Les ménorragies et les métrorragies parfois rebelles ont également été assez souvent signalées.

D'après les recherches de *G. F. Hermann*, sur 388 cas de *rétroflexion* et de *rétrorévation*, les troubles dysménorrhéiques seraient assez fréquents pour lui permettre d'affirmer l'influence du déplacement utérin sur la manifestation de ces troubles. Les règles sont, d'après ses recherches, habituellement plus abondantes et plus douloureuses que chez les femmes normales. Nous pensons que ces troubles de la menstruation doivent être attribués pour la plus grande part à la coexistence si souvent notée de la métrite.

B. — *Signes physiques*

Si on examine une femme atteinte de *rétrorévation mobile*, on constate, par le toucher vaginal, que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur qui le remplit et l'efface plus ou moins. Cette tumeur est arrondie, dure, douloureuse au toucher et se continue directement avec la face postérieure du col dans le cas de *rétroversion*. Le col est porté en avant, sa lèvre antérieure est appliquée contre la face postérieure de la symphyse pubienne. MM. Le Dentu (1)

(1) Le Dentu. Bullét. de la Soc. de chir., 1895.

Sim.

et Pichevin ont attiré l'attention des Gynécologistes sur l'existence de la *crête médiane* de la face postérieure de l'utérus facilement appréciable à travers la paroi vaginale. La constatation de cette saillie permet de reconnaître que la tumeur du cul-de-sac postérieur est bien constituée par le corps de l'utérus.

Dans la *rétroflexion*, le fond de la matrice fait dans le cul-de-sac de Douglas une saillie encore plus marquée que dans la simple *rétroversion*. Le col a conservé sa situation normale à distance du pubis. Entre la face postérieure du col et le fond de l'utérus, on sent un sillon plus ou moins marqué, plus ou moins étroit, suivant que l'inflexion du corps sur le col est plus ou moins prononcée.

La palpation abdominale combinée au toucher vaginal permet de constater que le fond utérin n'est pas, comme à l'état normal, appliqué contre la face postérieure du pubis. La main abdominale ne sent nulle part le fond utérin, même en déprimant fortement les parties molles. Ces symptômes sont suffisants pour permettre d'affirmer l'existence de la *rétrodéviatio*n. Cependant on pourra au besoin confirmer la sensation fournie au toucher par l'exploration à l'hystéromètre métallique (dont on ne fera usage, bien entendu, qu'après s'être assuré par un interrogatoire et un examen minutieux qu'il n'y a pas un début de la grossesse). L'instrument maintenu rectiligne se dirige d'emblée en haut et en arrière dans le cas de *rétroversion* simple. Quand un certain degré de *rétroflexion* lui est associé, il faut incurver l'hystéromètre pour le faire pénétrer, en ayant soin de diriger la concavité en arrière. L'in-

troduction de l'instrument n'est pas toujours aisée lorsque la *rétroflexion* est très prononcée, à l'union du col et du corps, c'est-à-dire au niveau du point de flexion ; il existe un angle saillant dans la cavité utérine, une sorte d'éperon sur la paroi postérieure qui diminue encore le calibre de cette portion déjà étroite à l'état normal (région de l'isthme).

Nous insistons sur ces détails d'hystérométrie par la raison que dans le cas de *rétroflexion* prononcée il faut faire précéder l'opération d'*Alexander* d'un redressement de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre, afin d'éviter l'incident survenu à MM. *Gérard Marchant* et *Reynier*, à savoir l'exagération de la *rétroflexion* au lieu du redressement de l'organe par le raccourcissement des ligaments ronds. Nous pensons d'ailleurs que cette difficulté spéciale de l'opération doit être très exceptionnelle. Ce qui nous porte à le croire, c'est que dans le cas de M. *G. Marchant* il y avait une insertion vicieuse, et beaucoup plus basse qu'à l'état normal, du ligament rond sur l'utérus, ainsi que M. *Gérard Marchant* l'a fait représenter dans une planche reproduite dans la thèse de M. *Racoviceanu* (1). Il s'agissait donc d'une anomalie rare.

La *rétrodéviation* reconnue, l'exploration doit avoir pour objectif la recherche de sa *mobilité*. Lorsque le col utérin sous l'action de pressions légères par le doigt vaginal se déplace facilement dans le sens latéral et dans le sens vertical, de bas en haut, on a la notion que l'utérus

(1) *Racoviceanu*. Thèse doctorat, Paris 1889, p. 99.

est mobile et dès lors on pourrait presque affirmer que la *rétroréflexion* est facilement réductible. Néanmoins cette notion est tellement importante qu'on ne saurait faire un examen trop complet ni trop soigné ! On cherche donc à imprimer des mouvements de bas en haut et d'arrière en avant au fond utérin tombé dans le cul-de-sac postérieur ou bien des mouvements inverses à la face antérieure du col ; mais cette dernière exploration n'est possible que s'il y a un certain degré d'antéflexion, sinon le col est contre le pubis et le doigt ne peut guère aborder sa lèvre antérieure.

La recherche de la mobilité utérine et de sa réductibilité dans le cas de flexion pourra encore être faite à l'aide de l'hystéromètre métallique. Pour redresser la *rétroréflexion* on procédera par tâtonnement en diminuant progressivement la courbure de l'instrument ; l'utérus aura évidemment repris sa direction rectiligne, quand l'hystéromètre lui-même rectiligne, ou légèrement incurvé avec la concavité dirigée vers le pubis aura pu facilement pénétrer dans la cavité utérine, la parcourir dans toute son étendue et atteindre le fond de l'organe.

Le toucher vaginal permettra encore de constater s'il n'existe pas de prolapsus génital ; dans ce cas, en effet (qui est le plus fréquent) outre que l'utérus est en *rétroversion*, il est bas situé et on peut non seulement le redresser mais encore le soulever en masse ; on a la sensation que l'appareil du soutien vagino-périnéal est relâché.

On explorera encore le cul-de-sac de Douglas, dans

ses parties latérales, de chaque côté de l'utérus rétrolabé, et on cherchera s'il n'existe pas en même temps un *prolapsus d'un ou de deux ovaires*. On sait qu'à l'état normal, l'ovaire n'est appréciable que si on a affaire à une paroi abdominale mince, souple et complaisante ; dans le cas de prolapsus, il devient beaucoup plus facile de le sentir. On rencontre au niveau du cul-de-sac postéro-latéral un organe du volume d'une petite amande, à surface lisse, régulière, arrondie, douloureuse au toucher, qui glisse sous le doigt « comme un morceau de savon ». Les douleurs à la défécation et au coït que Vallin (1) a indiquées comme symptômes du prolapsus ovarien peuvent se mon'trer dans la *rétrodéviatiou simple* et ne sont par conséquent pas suffisantes pour affirmer l'existence de cette complication.

Ainsi que l'ont fait remarquer bon nombre d'auteurs et en particulier W. *Alexander* et *Imlach*, le prolapsus d'un ou de deux ovaires (à condition que ceux-ci soient sains ou du moins indemnes de toute lésion franchement inflammatoire), constitue une indication de plus de l'*Alexander*. Le redressement de l'utérus entraîne en effet du même coup le remplacement des ovaires.

Le toucher vaginal et l'exploration à l'hystéromètre seront complétés par l'examen au spéculum. On étudiera notamment avec attention l'état du périnée, se souvenant que l'altération du périnée ne s'accompagne pas toujours d'un agrandissement de l'orifice vulvaire. Les déchirures

(1) Vallin. Situation et prolapsus des ovaires. Thèse de Doctorat, Paris. 1887.

consécutives aux accouchements sont en effet très souvent sous-cutanées et sous-muqueuses, ne se manifestant par aucun allongement de la fente vulvaire, la fourchette ayant conservé son aspect normal. Mais si on prie la malade de faire un effort comme pour aller à la selle, on voit se former une hernie de la muqueuse sur les parois vaginales antérieure et postérieure : il y a de la *cystocèle* et de la *rectocèle* et, de plus, en introduisant l'index à l'entrée du vagin et en portant la pulpe vers la paroi postérieure on constate que la paroi recto-vaginale est amincie, flasque, sans résistance ; les fibres musculaires du plancher périméal se sont rompues sous la muqueuse, la doublure musculaire a disparu et a été remplacée par un mince tissu cicatriciel sans consistance et sans élasticité.

Le col utérin examiné au spéculum est gros, rouge violacé, à surface exulcérée, ou bien la muqueuse endo-cervicale rouge et suintante fait hernie, cet ectropion indiquant l'existence de l'endométrite cervicale. Par places, on voit dans l'épaisseur du col, faisant saillie sous la muqueuse vaginale de petits points blanchâtres, translucides : ce sont autant de petits kystes glandulaires à contenu épais, visqueux, véritables œufs de Naboth, en rapport avec la métrite cervicale. La cavité utérine est agrandie ; elle mesure 7 à 8 centimètres, indice de l'hypertrophie inflammatoire de l'utérus.

Nous n'avons tant insisté sur les différents symptômes de la *rétrodéviation mobile* et sur ceux du *prolapsus* ou de la *métrite* qui lui sont si souvent associés que pour mettre

en relief l'importance de cette exploration afin de poser les indications opératoires en toute connaissance de cause.

C. — *Diagnostic*

La *rétrodéviation mobile* est facile à reconnaître. On ne confondra pas une tumeur saillant dans le cul-de-sac postérieur avec le fond de l'utérus déplacé. L'*hématocèle rétro-utérine* présente des caractères assez nets pour que la confusion ne soit guère possible. Elle résulte, comme on sait, de la rupture d'une grossesse tubaire, et par suite les antécédents de grossesse, la gravité des accidents liés à la rupture de la poche tubaire, l'immobilité absolue de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur suffiront à faire reconnaître cette affection.

L'*utérus gravide* peut être *rétrofléchi*, du moins dans les premiers temps; les symptômes de la grossesse au début attentivement recherchés permettent d'éviter l'erreur de diagnostic.

Le *fibrome* implanté sur la face postérieure de l'utérus, peut en imposer pour un utérus en rétroversion ou en rétroflexion. L'abondance des ménorragies, et surtout l'exploration des dimensions de la cavité utérine à l'hystéromètre (agrandissement dans le fibrome), la recherche de la direction de l'axe utérin aideront à distinguer ces deux affections.

Le diagnostic le plus important, celui sur lequel nous voulons insister, c'est celui de l'état des annexes. S'agit-il

de périmetro-salpingite ? la *rétrodéviation est-elle adhérente* ?

Sans parler des renseignements fournis par la malade et dans lesquels on retrouverait le plus souvent l'histoire d'une salpingo-ovarite, le toucher vaginal fera reconnaître un utérus absolument fixé dans sa nouvelle position ; et, à côté, en portant l'index sur les parties latérales, à l'union du cul de sac latéral et du cul de sac postérieur, on sentira d'un seul côté, plus souvent de deux côtés, une masse dure, bosselée, douloureuse, formée par la masse annexielle tuméfiée, indurée et entourée par une coque plus ou moins épaisse de pelvi-péritonite.

Il y a des cas où le toucher vaginal est particulièrement difficile, lorsque par exemple le vagin est profond, l'utérus haut placé, la paroi abdominale épaisse et résistante, on peut avoir des doutes sur l'existence de la lésion des annexes et sur la fixation de l'utérus. Cependant, nous ferons remarquer que, dans ce cas, on peut presque admettre à *priori* l'existence de la salpingo-ovarite, car, comme nous le disions plus haut, la rétrodéviation mobile s'accompagne, dans la majorité des cas d'abaissement de l'utérus ; le col est abaissé et rapproché de la vulve.

Dans certains cas, néanmoins, on fera bien, pour poser un diagnostic précis, avant d'entreprendre une opération quelconque, de pratiquer un examen sous le chloroforme.

On a reproché, en effet, à l'opération d'Alexander, de ne pas permettre de constater l'existence des lésions

péri-utérines et en particulier l'état des annexes. Cette objection ne nous paraît pas fondée, car nous estimons qu'il est une règle de saine chirurgie, vraie en gynécologie comme en chirurgie générale, à savoir qu'on ne doit pas entreprendre une opération avant d'avoir établi un diagnostic précis ; or, nous pensons que dans le cas particulier, en se livrant à un examen sérieux, répété, au besoin, en recourant au chloroforme dans les cas particulièrement difficiles, on doit toujours arriver à un diagnostic exact et complet, et savoir notamment, ce qui est essentiel, s'il s'agit d'une rétrodéviation secondaire à une annexite, c'est-à-dire, d'une *rétrodéviation adhérente* ou d'une *rétrodéviation mobile*.



CHAPITRE III

Manuel opératoire

Comme pour toutes les opérations, les premiers chirurgiens qui ont pratiqué l'Alexander ont dû faire leur apprentissage. Ce n'est que progressivement que l'on est arrivé à l'excellente technique préconisée actuellement par la plupart des Gynécologistes. Nous sommes loin aujourd'hui des tâtonnements du début. Voici comment Alexander exposa sa technique en 1884 :

1^{er} temps. — Incision cutanée parallèle à la direction du canal inguinal et aussi longue en dehors qu'en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La longueur totale de l'incision variant entre *deux centimètres et demi* et *cinq centimètres*, suivant l'embonpoint du sujet. Recherche de l'orifice externe du canal inguinal, découverte du lobule graisseux situé à ce niveau et du nerf abdominogénital placé en avant du ligament rond. Avec l'aiguille de Cowper ou la sonde cannelée, on charge tout le contenu du canal.

2^e temps. — On tire sur le ligament rond et on l'isole du tissu cellulaire voisin ; on met une pince à forcipressure sur l'extrémité du ligament, on applique un tampon

compressif sur la plaie et on répète la même opération du côté opposé.

3^e temps. — Réduction de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre. Dans le cas de prolapsus la réduction manuelle suffit. Traction sur les ligaments ronds dont on résèque 3 à 5 centimètres.

4^e temps. — Une aiguille chargée d'un fil de soie ou de catgut traverse de haut en bas le pilier interne de l'anneau inguinal, puis l'extrémité du ligament rond et le pilier externe. Un second fil est passé en sens inverse. Ces deux fils sont noués en ayant soin de ne serrer que modérément le nœud. Les extrémités des ligaments ronds sont pelotonnées dans la partie inférieure de la plaie s'ils n'ont pas été réséqués.

Drainage, sutures superficielles, pessaire de Hodge. La malade est recouchée dans son lit, les genoux relevés par un coussin, pour éviter toute traction sur les sutures des ligaments ronds.

Remarque. L'incision préconisée par *Alexander* est trop courte ; elle doit avoir 10 à 12 centimètres, ainsi que l'admettent MM. *Dolérès*, *Otto Lanz*, etc.

De même, la résection du ligament rond sur une longueur de 4 à 5 centimètres est tout à fait insuffisante, comme le fait remarquer M. *Pozzi* (1), il faut en retrancher environ dix centimètres ; tous les gynécologues sont d'accord sur ce point (*Trelat*, *Segond*, *Delbet*, *Dolérès*, etc.).

(1) *Pozzi*. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 3^e édition, 1897, page 523.

E. Casati, de Rome (1), a proposé de faire une incision curviligne réunissant les deux anneaux ; il croise les extrémités des ligaments incisés et les fixe profondément par une suture cutanée au catgut.

Roux (de Lausanne) (2), veut une incision cutanée d'au moins 6 à 7 centimètres. Il est également partisan de résection étendue du ligament rond jusqu'au niveau de son enveloppe péritonéale ; mais il considère que la ligature au catgut placée à la base de l'infundibulum péritonéal telle que l'a proposée M. le professeur *Duplay* (3), pour produire des adhérences péritonéales, est mauvaise, car elle risque de compromettre par l'étranglement curculaire la nutrition de tout le ligament libéré. Il suture le ligament rond à la soie fine ; chaque point de suture traverse l'un des piliers, le ligament rond, la paroi postérieure du canal et l'autre pilier. Le point suivant parcourt le même chemin en sens inverse. Il supprime le pessaire de soutien post-opératoire, sauf dans certains cas où il maintient un pessaire intra-utérin.

Roux a eu l'occasion de faire l'examen post-mortem d'un cas opéré par lui six mois auparavant, voici ce qu'il put constater : l'utérus gros est parfaitement en place ; le fond de l'organe peut être refoulé jusqu'au promontoire mais revient spontanément derrière le pubis. Les liga-

(1) *E. Casati*. — *Raccogl. Méd.*, 1887, n^{os} 5-8.

(2) *Roux* (de Lausanne). — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1888, page 645.

(3) *Duplay*. — Voir la thèse de *Beurnier*. Ligaments ronds de l'utérus. Thèse de doctorat, 1886, page 95.

ments ronds n'existent plus à l'état de cordons nacrés, ils sont remplacés, de chaque côté, par un faisceau plus épais qu'une plume d'oie faisant corps avec les tissus voisins. Pas trace des sutures faites au catgut. Le péritoine, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, ne présente aucune espèce d'infundibulum, moins même que sur le cadavre normal, à ce niveau, comme ailleurs, il se laisse déplacer sur les couches sous-jacentes.

Cette constatation nécropsique est intéressante ; elle nous montre en effet que l'opération d'*Alexander* est efficace : l'utérus conserve la position qu'on a cherché à lui donner et cependant, comme à l'état normal, il est susceptible de se porter momentanément en arrière sous l'influence de la distension vésicale.

M. *Schwartz* (1). prenant comme point de repère l'épine pubienne, fait, en dehors d'elle, une incision qui empiète beaucoup plus sur l'abdomen que sur la grande lèvre ; l'incision est oblique en bas et en dedans.

Dans un cas, M. *Schwartz* a éprouvé quelques difficultés à trouver le ligament rond qui sortait du canal inguinal en dehors du pilier externe à travers un orifice supplémentaire ; aussi ce chirurgien conseille-t-il de fendre au besoin la paroi antérieure du canal inguinal. Une de ses opérées a présenté une pointe de hernie : on avait dû inciser les fibres intercolumnaires et on n'avait pas eu le soin de les resuturer. M. *Schwartz* raccourcit les ligaments ronds sur une étendue de 5 à 9 centimètres suivant les

(1) *Schwartz*. — *Bullet. de la Soc. de chir.* 1889.

cas. Il fixe les ligaments aux piliers au moins par deux points de suture ; l'extrémité libre du ligament n'est pas réséquée, elle est pelotonnée à la partie interne de l'incision. L'utérus est maintenu en place à l'aide d'un tampon de gaze iodoformée placée dans le vagin, ce tampon est retiré au bout de cinq à six jours et remplacé par un plus petit. Puis, pendant un mois ou deux la malade porte encore un tampon ou un pessaire. M. Schwartz a observé à la suite de l'*Alexander* de la rétention d'urine pendant plusieurs jours.

Quand les ligaments ronds sont faibles et grêles, M. Doléris (1) emploie un procédé analogue à celui de *Casati*, sauf que le croisement des ligaments ronds et leur suture se fait sous la peau et non à ciel ouvert.

Les ligaments sont d'abord raccourcis et fixés aux piliers de chaque côte. Puis le tronçon libre d'un des ligaments (le droit par exemple), détaché à son insertion pubienne est saisi dans les mors d'une pince introduite dans l'orifice du côté opposé (côté gauche) et porté sous la peau au devant du pubis, à la rencontre du tronçon du ligament gauche qui est ramené de même dans l'incision droite, après avoir été isolé. L'accolement et la suture de ces deux tronçons sont pratiqués après avivement préalable des surfaces. Sutures au catgut, drainage (2).

M. P. Segond (3) croit ce procédé de M. Doléris très

(1) Doléris. — Arch. d'obstétr. et de gynécol. 25 février 1889.

(2) M. Doléris a abandonné ce procédé compliqué et le plus souvent inutile. (Communication écrite).

(3) P. Segond, Bull. de la Soc. de chir. 1889.

bon. Néanmoins il en a proposé un qui est différent. Par une première suture à la soie, il fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal ; puis, à l'aide de deux incisions pratiquées tout près et parallèlement au bord libre des piliers vers leur partie moyenne, il obtient deux petites boutonnières dont il se sert pour nouer le ligament autour des piliers. Le nœud est fixé avec deux sutures qui ont l'avantage de rapprocher les piliers et de donner à la fixation du ligament une solidité très réelle.

M. *Le Dentu* (1) a adopté dans deux cas qui lui ont donné deux bons résultats un procédé spécial de fixation des ligaments ronds ; il les suture au périoste du pubis.

G. M. *Edebohls* (de New-York) (2) propose d'inciser d'emblée tout le canal inguinal pour découvrir le ligament rond.

H. P. *Newman* (3) avait déjà, dit-il, recommandé cette pratique.

Au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Pau en 1892, *Charlot* préconise une technique analogue à celle d'*Edebohls* : il incise également le canal inguinal et suture le ligament rond à toute l'étendue de ce canal.

Otto Lanz (4) recommande le procédé de *Kocher* qui

(1) *Le Dentu*. — Bull. Soc. de Ch. 1890. Séance du 5 mars.

(2) *Edebohls*. A modified Alexander-Adam's opération. New-York med. Journal, 11 oct. 1890, p. 400 et Ann. de Gynécologie décembre 1896 p. 612.

(3) *Newman* Amer. J. of obstet. 1891. t. XXIV. p. 257.

(4) *Otto Lanz*, arch. f. gynécologie Bd XLIV, p. 348.

lui a toujours donné des bons résultats. Au début, *Kocher* employait le procédé de *Casati* ; il en obtint des effets satisfaisants, néanmoins il préfère sa nouvelle technique. Voici en quoi elle consiste : on fait une longue incision cutanée de l'épine iliaque antero-supérieure à l'anneau inguinal externe, parallèlement à l'arcade crurale. La paroi antérieure du canal est sectionnée dans toute son étendue. Le ligament rond isolé est renversé tout entier en dehors et c'est dans la direction de l'épine iliaque antérieure et supérieure que les tractions sont exercées sur lui. Il faut que le capuchon péritonéal qui enveloppe le ligament soit sorti de l'anneau inguinal interne d'une longueur de 3 à 5 centimètres. *Kocher* prend le péritoine dans la suture fixatrice. C'est un surjet à la soie qui réunit le ligament à l'aponévrose du grand oblique entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le canal inguinal. Le reste de l'aponévrose est suturé de façon à fermer le canal inguinal en ayant soin de prendre la paroi profonde dans les anses de fil. La portion exubérante du ligament est excisée et la plaie cutanée réunie.

M. *Duret* (1) (de Lille), pense que pour obtenir un bon résultat avec l'opération d'*Alexander*, il faut faire une fixation solide, en créant des adhérences larges. Il trace un lambeau elliptique dont les deux extrémités arrivent aux orifices inguinaux et dont le sommet de la courbe passe au devant de la symphyse pubienne; puis il fend le trajet

(1) *Duret*. — Congrès de Gyn., d'Obstétr. et de Pédiatrie, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895.

inguinal dans toute sa longueur, libère les ligaments ronds et les noue l'un à l'autre par un triple nœud dont la masse est ensuite fixée au trousseau fibreux présymphysien. Le reste du ligament rond est suturé au trajet inguinal.

Voici la méthode qui nous paraît la meilleure, d'après les recherches que nous avons faites sur le cadavre, aidé des conseils de M. *Bouglé*, prosecteur à la Faculté. Nous lui renouvélons l'expression de notre vive reconnaissance.

A. *Soins préparatoires*. — Nous n'insisterons pas sur les soins à donner à la malade avant l'opération. Ils ne présentent rien de spécial pour l'*Alexander* ; c'es-à-dire que la malade devra être baignée et purgée.

Disons seulement que le champ opératoire aura été rasé et soigneusement désinfecté la veille de l'opération.

B. *Opération*. — 1^{er} Temps : *Incision des téguments*. — La malade est dans la position horizontale, la tête et les épaules légèrement relevées. L'opérateur se place entre les cuisses écartées ou mieux en dehors. Dans ce dernier cas, il devra passer successivement d'un côté à l'autre, l'opération du côté gauche étant difficile quand on est placé à droite, et réciproquement.

L'incision cutanée doit être longue, de dix à douze centimètres environ. La direction sera oblique en bas et en dedans, presque parallèle à l'arcade crurale, un peu plus verticale cependant. Son extrémité inférieure aboutira à l'anneau inguinal superficiel, en dedans de l'épine pubienne qui constitue un excellent point de repère, et on

la prolongera même d'un centimètre plus bas, sur la face antérieure du pubis. L'artère sous-tégumentouse abdominale et les veines correspondantes seront sectionnées entre deux ligatures.

2^e Temps : *Découverte du ligament rond.* — Comme pour l'opération de la cure radicale de la hernie inguinale, l'aponevrose du grand oblique, c'est-à-dire la paroi antérieure du canal inguinal, sera incisé sur toute son étendue et les lèvres de l'incision seront référées à l'aide de pinces hémostatiques. Dans ces conditions, il est facile de trouver le ligament rond, en ayant soin de le chercher au voisinage de l'anneau inguinal profond. L'objection, faite au début, de la difficulté de trouver le ligament rond, vraie lorsqu'on voulait découvrir le ligament à sa sortie du canal inguinal, n'est plus de mise avec cette nouvelle technique, à laquelle se sont d'ailleurs ralliés la plupart des Gynécologues. Le ligament rond présente toujours dans le canal inguinal un volume suffisant pour qu'on le trouve facilement, du moins chez la femme adulte, pendant la vie génitale. Chez les femmes âgées, ce ligament présente les mêmes phénomènes de régression que l'utérus, il s'atrophie et devient très grêle ; nous avons ainsi pu constater son extrême minceur sur le cadavre d'une vieille femme dont l'utérus était lui même très atrophié. De même, nous supposons, sans en avoir de preuves, que dans la *rétroflexion congénitale* lorsque l'utérus a conservé son type infantile, le ligament rond doit être petit et peu résistant ; par suite, l'opération d'*Alexander* serait peut-être difficile dans ce cas.

Le ligament rond sera isolé du tissu cellulaire qui l'entoure avec la sonde cannelée. Il est fréquemment croisé à sa partie antérieure par un filet nerveux, branche génitale du nerf abdomino-génital, du plexus lombaire. On recommandait jadis d'éviter avec soin de couper ce filet nerveux ou de le lier ; il est certainement plus élégant de bien isoler le ligament rond et d'en écarter le nerf génital, mais nous pensons que la section ou la ligature de ce nerf est incapable de produire les douleurs dont on les a accusées, au niveau de la cicatrice. Ces tiraillements que quelques malades éprouvent sont bien plus vraisemblablement dus à ce que les fils employés (catgut ou soie) n'étaient pas stériles, et la preuve est que ces malades présentent en même temps une induration très nette, d'origine septique, au niveau de leur cicatrice. Il est un organe qu'il y a plus d'intérêt à épargner quand cela est possible, à savoir la petite artère venue de l'épigastrique qui nourrit le ligament rond. Sa conservation a peut-être quelque importance au point de vue de l'avenir du ligament rond. Il sera bon également d'isoler soigneusement les quelques cordons veineux qui longent le ligament rond.

L'isolement du ligament rond doit être poussé jusqu'au voisinage de la corne utérine. Comme nous l'avons déjà dit, la portion juxta-utérine du ligament est enveloppée de péritoine, aussi faut-il en pratiquer la dénudation avec soin. Le péritoine se décolle très facilement soit avec le doigt soit avec une pince à disséquer. Si dans ce

travail de « dépouillement » (qu'on nous passe l'expression) le péritoine était perforé ou déchiré, il n'en résulterait aucune espèce d'inconvénient, à la condition que les instruments et les mains de l'opérateur fussent aseptiques.

Si une déchirure se produit, on en sera quitte pour la fermer à l'aide d'un point de suture à la soie ou au catgut.

3^e temps. — Redressement de l'utérus et fixation des ligaments raccourcis. — Les deux ligaments ronds successivement découverts et isolés, on procèdera au redressement utérin.

Dans le cas de *rétroversion simple*, deux doigts d'un aide introduits dans le cul-de-sac vaginal postérieur suffiront à reporter l'utérus en avant tandis que l'opérateur tire modérément sur les ligaments ronds saisis entre les mors d'une pince à forcipressure. L'utérus est ainsi amené en *antéversion*, presque au contact de la paroi abdominale antérieur.

Lorsqu'il y a *rétroflexion*, ce dont on s'assure par un examen attentif, comme nous avons vu plus haut (p. 50), il faut redresser l'utérus à l'aide d'un hystéromètre métallique avant de le porter en antéversion, sous peine d'exagérer la rétroflexion en tirant sur les ligaments ronds au lieu de la corriger, ainsi que cela est arrivé (cas de Reynier). Dans quelques cas de rétroflexion très prononcée, il est impossible de redresser l'utérus sans dilatation préalable de la cavité. Cette dilatation sera faite progressivement à l'aide des lamineuses ou extemporanément avec des bougies d'Hégar.

L'utérus remis en place, on procédera à la fixation des ligaments aux piliers. Deux ou trois points de suture séparés à la soie ou au catgut seront passés à travers les deux piliers et le ligament. On pourra encore nouer le ligament rond comme l'ont conseillé *Imlach* et *Segond*. La fixation de l'extrémité du ligament au périoste du pubis, suivant le procédé de M. *Le Dentu* ne complique pas beaucoup l'opération et pourra être utilement pratiquée.

Quant aux procédés de *Casati*, *Dolérès*, *Duret*, ils nous paraissent rarement utiles ; nous leur ferons le reproche d'être trop compliqués, et nous pensons que la simple suture aux piliers est suffisante en règle générale (1).

Au lieu de fixer les ligaments ronds aux bords libres de deux piliers, il vaut mieux, croyons-nous, les unir à la paroi postérieure du canal inguinal, dans cette portion toujours épaisse, d'aspect fibreux, presque nacré, que *Blaise* (2) dans sa thèse décrit sous le nom de « *portion infléchie du tendon conjoint* ». Voici la manière d'effectuer cette suture : un premier fil est passé de bas en haut à travers la portion inférieure du tendon conjoint, puis à travers le ligament rond (3) et, une seconde fois, dans la portion supérieure du tendon conjoint (*portion infléchie*

(1) Nous avons dit que M. *Dolérès* a renoncé à son procédé.

(2) P. *Blaise*. Canal inguinal chez l'adulte. Thèse de doctorat, Paris 1894.

(3) Le fil doit traverser, autant que possible, la portion moyenne du ligament rond ; de cette façon, la moitié du ligament échappe à la constriction et conserve toute sa résistance. M. *Dolérès* préconise ce mode de pénétration du ligament rond.

ou paroi postérieure du canal inguinal). Le second fil sera passé en sens inverse. Un troisième sera placé en cas de besoin (1).

Les extrémités des ligaments ronds seront réséquées sur une longueur de 10 à 12 centimètres, plutôt que pelotonnées dans l'angle inférieur de la plaie.

4 Temps. — *Fermeture de la plaie.* — Un point très important à notre avis est la restauration minutieuse de la paroi abdominale, afin d'éviter la production des pointes de hernies. On suturera à points séparés les deux lèvres de l'aponevrose abdominale incisée au niveau du canal inguinal. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de prendre dans la suture, ainsi que le conseille Kocher le plan profond, la paroi profonde du canal inguinal.

Suture cutanée aux crins de Florence à points séparés. Pas de drainage. Pansement aseptique légèrement compressif.

Il sera bon pendant quelques jours de maintenir l'utérus redressé à l'aide d'un tamponnement intravaginal à la gaze iodoformée de façon à éviter les tiraillements au niveau des sutures des piliers pendant la cicatrisation.

On se souviendra que la *rétention d'urine* est la règle après cette opération, elle ne dure habituellement que un jour ou deux, mais parfois elle dure beaucoup plus longtemps surtout lorsqu'il y a un tamponnement vaginal.

(1) Les fils serrés, le ligament rond se trouve accolé contre la paroi postérieure du canal inguinal et la réparation de la paroi antérieure se fera aussi aisément que dans le procédé de Bassini de cure radicale des hernies inguinales.

CHAPITRE IV

Suites opératoires. — Résultats. — Gravité opératoire.

Les suites de l'opération sont très simples ; si l'opération a été aseptique, les cicatrices abdominales ne sont ni indurées ni douloureuses. L'utérus reste en antéversion et différents symptômes dus à la rétroversion (douleurs, troubles de la défécation) disparaissent complètement (1).

Lorsque la récurrence de la *rétroréversion* se produit, c'est habituellement dans les premières semaines ; et l'on peut alors en conclure que la longueur des ligaments ronds réséqués a été insuffisante ou bien que la fixation aux piliers a été incomplète.

Certains chirurgiens se sont demandés si la nouvelle position de l'utérus ne pouvait pas entraîner des troubles vésicaux en gênant la distension de la vessie. Les expériences entreprises par M. Doléris à ce sujet ont fait justice de cette objection ; et, d'ailleurs, les malades ne se plaignent jamais de troubles de la miction après l'opération ; bien au contraire, celles qui, avant le redressement de l'utérus, avaient de la dysurie sont améliorées ou complè-

(1) On pourra enlever les crins de Florence au bout de 7 à 8 jours ; cependant M. Doléris conseille de ne les retirer qu'au dixième jour.

tement guéries après l'intervention. Nous ajouterons que l'autopsie pratiquée par Roux, et signalée plus haut, lui a permis de constater que, sous l'influence de la distension vésicale, l'utérus se portait momentanément en arrière pour reprendre son *antéversion* après l'évacuation du liquide vésical. En un mot, l'utérus fixé par le raccourcissement des ligaments ronds se trouve dans les conditions de l'utérus sain, normalement fixé.

La persistance du résultat nous paraît assurée par la position même de l'utérus. Le poids du fond de l'organe conjointement avec la pression intra-abdominale agissant par l'intermédiaire de la masse intestinale sur la face postérieure de l'utérus, tendrait, en effet, à exagérer l'antéversion de l'organe plutôt qu'à le repousser en arrière.

Nous ne pouvons que souscrire à l'opinion de G. Edebohls sur les résultats de l'*Alexander* (1) : « Le raccourcissement des ligaments ronds est l'unique opération « qui permette de réduire l'utérus en *antéversion normale et physiologique* sans produire des adhérences, « toujours pathologiques. Le succès de toutes les autres « opérations dirigées contre la rétroversion de l'utérus est « lié à la production des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins résistantes. Entre des mains expérimentées, le raccourcissement des ligaments ronds est « une intervention aussi inoffensive et aussi efficace que « n'importe quel autre traitement chirurgical de la rétroversion. »

(1) G. Edebohls, Annales de Gynecol. Déc. 1896.

Comme nous l'avons dit déjà à maintes reprises, l'*Alexander* devra être précédée, suivant les cas d'opérations plastiques vagino-périnéales ou d'une restauration utérine (curettage, amputation conoïde du col, section cervicale par les procédés de *Schræder* ou d'*Emmet*.

Or, plusieurs auteurs ont remarqué que parfois ces opérations préliminaires suffisent à redresser l'utérus ; le fait est exact et, peut-être dans ces cas, pourra-t-on se dispenser de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds quoique, même dans ces cas, la fixation des ligaments ronds raccourcis aux piliers inguinaux donne plus de sûreté au maintien de l'utérus en antéversion. Mais, somme toute, ce sont des résultats exceptionnels, et la preuve, c'est que les Gynécologistes opposés à l'*Alexander* proposent comme traitement complémentaire de la rétrodéviation, soit le pessaire, soit l'hystéropexie.

Nous rapportons plus loin une observation inédite très intéressante (obs. n° 4) que *M. Doléris* a bien voulu nous remettre et dans laquelle il est manifeste que l'opération d'*Alexander* a fait disparaître la stérilité. On comprend que, dans la *rétroversion*, le col étant accolé contre la face postérieure du pubis, l'orifice soit mal orienté pour la fécondation ; l'*Alexander* a pour résultat de le replacer dans la position normale.

Gravité opératoire. — On peut dire aujourd'hui que la gravité opératoire est nulle. Si certains accidents sont survenus dans les premiers temps, il faut les attribuer à ce fait que vers 1881, la méthode antiseptique était encore

d'une façon générale incomplètement suivie. On abusait des antiseptiques tout en commettant sans cesse des fautes contre l'asepsie. Et, malgré cela, la mortalité opératoire de cette première période est très faible : d'après *Alexander* elle est de 3 sur 150 cas, soit une proportion de 2 0/0; quelques années après, la statistique d'*Alexander* lui donne une mortalité de 0,8 0/0.

En 1886, *Harrington* (1) a réuni une statistique de 140 cas provenant de 21 opérateurs différents avec 1 mort; soit une proportion de 0,7 0/0. Aujourd'hui, il est permis de penser qu'à moins d'accidents opératoires, tels que l'embolie, la mort par l'anesthésie, la mortalité doit tomber à 0. Les deux grandes causes des morts opératoires, sans parler du shock, l'hémorrhagie et la septicémie nous paraissent tellement faciles à éviter qu'elles ne doivent plus se présenter.

Il n'en est pas de même, pour le dire en passant, des autres opérations : *hystéropexie abdominale* ou *vaginale*, *raccourcissement des ligaments utéro-sacrés*, qu'on a proposées contre la *rétrodéviatio*n et que certains chirurgiens préfèrent à l'*Alexander*. Ces différentes opérations nécessitent en effet des manipulations plus ou moins délicates et en tous cas des contacts prolongés avec la séreuse péritonéale.

Opération d'Alexander. Grossesse. Accouchement.
— On peut dire que c'est dans l'*avenir obstétrical* de l'utérus redressé que se trouve la grande supériorité de

(1) *Harrington*. Boston med. Surg. Journ., 29 avril 1886.

l'opération d'*Alexander* sur les autres méthodes de redressement proposées. A ce sujet presque tous les auteurs sont d'accord.

Certains faits d'avortement ont été signalés, mais sont-ils tous imputables à l'*Alexander*, alors qu'ils sont si fréquents même lorsque l'utérus n'a subi aucune opération orthopédique? *Polk* (1) a vu survenir un avortement au 4^e mois chez une femme à laquelle on avait pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds.

La même année cependant, *M. Doléris* (2) insistait sur la simplicité de l'accouchement après l'opération.

W. Alexander (3) sur huit de ses opérées devenues enceintes a eu sept accouchements faciles. Une hémorragie, d'ailleurs sans gravité, s'est produite au cours de l'accouchement chez une de ses opérées.

Imlach (4) a eu parmi ses opérées trois accouchements heureux. Il y eut dans un cas présentation vicieuse (par le tronc) mais comme le fait remarquer *M. Lamort* (5) ce fait ne peut être imputable à l'opération.

Newman (6) a publié en 1891 trois observations

(1) *Polk*. Amer. Journ. of obstet., juin 1890, p. 627.

(2) *Doléris*. Congrès de Berlin, 1890. In nouv. arch. d'obst. et de gynécol. 1890, t. V, p. 498.

(3) *W. Alexander*. Reciprocal effects of pregnancy and parturition upon the operation of Shortening the rounds ligaments of uterus. British. Med. Journal, 14 février 1891.

(4) *Imlach*. Edinburgh méd. Journal. Avril 1885.

(5) *Lamort*. De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétricale. Thèse de doctorat. Bordeaux, 1894.

(6) *Newman*. Amér. Journal of obstetr. Mars 1891.

personnelles de grossesse chez des femmes ayant subi l'opération d'*Alexander* ; une des trois malades fit une fausse couche de trois mois, après le surmenage d'un déménagement, les deux autres eurent plusieurs grossesses et accouchements normaux.

Johnson (1) a signalé également deux cas de grossesse après le raccourcissement des ligaments ronds.

M. J. Warde (2) dans sa thèse a rassemblé 23 observations de grossesse survenues après l'*Alexander* ; sur ces 23 cas, il note un seul avortement.

Dans une étude comparative de l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical, M. *Rivière* (de Bordeaux) (3) a rassemblé 17 cas de grossesse après hystéropexie : 13 accouchements à terme, 2 accouchements prématurés et 2 avortements. Sur 15 grossesses après l'opération d'*Alexander*, il trouve : 13 accouchements à terme et un avortement, et l'auteur conclut que l'*Alexander* a moins d'inconvénients que l'hystéropexie.

C'est aux mêmes conclusions qu'aboutit M. *Lamort* (4) dans sa thèse ; les suites obstétricales consécutives à l'hystéropexie abdominale donnent d'après ses recherches, sur 21 cas, 3 accouchements prématurés et 5 avortements,

(1) *Johnson*. Boston Méd. and surg. journal 1892. CXXVI, p. 363.

(2) De l'intervention chirurgicale dans les rétrodéviations de l'utérus. Thèse de doctorat. Paris, 1893.

(3) *Rivière*. Ann. de gynécologie. 1893, p. 232.

(4) *Lamort*. Loc. cit.

tandis que les suites obstétricales sont bonnes après l'*Alquié-Alexander*. L'auteur publie une lettre de M. *Pinard* qui, s'appuyant sur un cas opéré par M. le professeur *Terrier*, se déclare peu partisan, comme accoucheur, de l'hystéropexie abdominale : « la fixation de l'utérus, dit-il, ne permet pas pendant la grossesse l'accommodation pelvienne et expose le fœtus aux mauvaises présentations si la grossesse n'est pas surveillée ».

Sur 106 cas traités avec succès, *Edebohls* a eu 12 grossesses. De ces 12, deux se sont terminés avec avortement, huit fois, l'utérus est resté en antiversion après l'accouchement. A noter encore 4 grossesses actuelles, régulières et près du terme.

Tout récemment, enfin, M. *Demelin* (1) attirait encore l'attention sur les accidents consécutifs aux hystéropexies abdominales et vaginales, donnant la proportion d'avortement (12 %) et d'accouchements prématurés spontanés (5 %), supérieure à celle que donnent les grossesses consécutives à l'opération d'*Alquié-Alexander*.

Edebohls insiste sur ce fait et pour cette raison donne la préférence au raccourcissement des ligaments ronds « dans tous les cas où il sera aussi nettement, ou plus nettement indiqué qu'une de ses rivales (hystéropexies abdominales ou vaginales) ».

(1) *Demelin*. L'obstétrique n° 5, 15 sept. 1896, in *Semaine Gynécologique* (19 janv. 1897).

OBSERVATIONS

Parmi les nombreuses observations que M. Doléris a bien voulu mettre à notre disposition, nous avons choisi les plus anciennes et dont les résultats, éloignés, ont pu être contrôlés ou confirmés.

OBSERVATION 1

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} L... (adressée par le Dr Rivière, de l'Aisne), âgée de 29 ans, réglée à 15 ans, devient chlorotique à 16 ans ; la menstruation régulière jusque là cesse pendant un an et reste irrégulière jusqu'à l'âge de 20 ans. Mariée à 26 ans.

Grossesse immédiate, l'accouchement a lieu à terme dans des conditions assez particulières. Lorsqu'elle eut ressenti les premières douleurs, la malade se rendit chez sa mère pour y faire ses couches, elle arriva juste à temps pour accoucher d'un très gros enfant, étant debout au pied du lit de sa mère, l'enfant tomba à terre et le cordon se rompit. Une commère fut appelée et pratiqua la délivrance ; il se produisit, paraît-il, une hémorrhagie très abondante.

La période douloureuse du travail avait duré moins de deux heures.

Elle se lève au 12^e jour et fut nourrice pendant 9 mois.

A cette époque apparaissent des pertes leucorrhéiques, des

douleurs lombaires et abdominales, dysurie et dispareunie, et le Dr Rivière constate un prolapsus et applique un pessaire.

Deuxième grossesse en janvier 1888 troublée par des symptômes très pénibles : douleurs abdominales, oppression, gastralgies, etc. ; le séjour au lit devient nécessaire. La malade fait une fausse-couche au 4^e mois. La malade attribue cet accident à ce que son médecin aurait remplacé le pessaire de Dumontpallier par un pessaire de Gariel qui était douloureusement supporté.

Suites normales.

En quittant son lit au 15^e jour, la malade est en proie aux mêmes troubles que pendant la grossesse ; l'incapacité est absolue, cela malgré la réapplication du pessaire.

Examen le 8 décembre 1888. — On enlève le pessaire. L'utérus a la forme d'une gourde, le col a l'aspect d'un gros champignon fongueux. Cette disposition paraît attribuable à la compression exercée par le pessaire sur la portion moyenne de l'organe en subinvolution.

Hystérométrie, huit centimètres et demi.

Rétroversion complète sans flexion.

Déchirure excessive du vagin qui s'accuse pendant les efforts, en même temps que le col utérin fait saillie hors de la vulve, sous l'arcade pubienne.

En dehors des symptômes habituels de la rétroversion, il existe un état neurasthénique très manifeste.

Opération le 18 décembre 1888.

1^o Curettage qui ramène une masse fongueuse abondante ;

2^o Ablation de cinq centimètres du col par le procédé plastique Schroeder ; il y a un écoulement de sang assez abondant.

3^o Colporrhaphie antérieure, avivement à peu près losangique, 10 centimètres sur 6.

4° Colporrhaphie postérieure et périnéorrhaphie du col à la vulve ; avivement de 20 centimètres sur 5.

5° *Raccourcissement des ligaments ronds*. Ils sont très épais et très faciles à découvrir de deux côtés. Résection de 10 centimètres. Suture des piliers au catgut, suture cutanée profonde aux crins de Florence.

Suites normales, pas de vomissements.

Nous remercions le docteur Rivière, de la Ferté-Milon, pour les renseignements qu'il a bien voulu nous donner sur M^{me} L.... Voici sa réponse :

La Ferté-Milon, 13 mars 1897.

Pour donner plus de valeur à votre observation et confirmer les résultats merveilleux de l'opération subie par M^{me} L..., j'ai tenu à voir l'opérée et tenir de sa bouche les renseignements suivants :

Les suites opératoires ont été normales, aucune complication n'est survenue. L'utérus a repris ses fonctions et l'opérée, 6 ans après l'intervention chirurgicale, a eu un enfant, arrivé à terme à la suite d'un accouchement ordinaire. Un deuxième enfant est né 13 mois après celui qui est venu après l'opération. Le premier existe et se porte bien, le deuxième a succombé à une méningite.

M^{me} L... reconnaît n'avoir jamais souffert des suites de l'opération. Elle peut se livrer complètement à tous les travaux du ménage, chose qui lui était impossible avant l'heureuse intervention du D^r Doléris.

En un mot résultat excellent, *merveilleux*, comme je le dis plus haut.

Sim,

OBSERVATION 2

(Inédite). Due à l'obligeance de M. Doléris.

M^{me} A..., de Valparaiso, âgée de 31 ans, petite femme d'apparence débile, très impressionnable, mariée depuis onze ans. Peu de temps après son mariage : deux grossesses consécutives. Les deux enfants sont morts presque simultanément âgés l'un de 4 ans, l'autre de 5 ans, de diphtérie. A la suite de ces événements, la mère est devenue très nerveuse et est tombée dans un état persistant de neurasthénie accompagné d'un amaigrissement extrême. Cet état a résisté à tous les traitements. La malade est actuellement sous le coup d'obsessions motivées par le désir d'une nouvelle grossesse. Elle a consulté en Europe trois praticiens réputés, un à Bruxelles, et deux à Paris.

L'examen révèle un utérus plutôt petit, un col infecté d'endocervicite ; *rétrodéviatiou au 2^e degré* avec les annexes du côté droit sensibles et rétro-prolabées.

Nonobstant l'état neurasthénique on décide une opération en vue de favoriser une conception. Opération le 6 juillet 1894.

Curettage extemporané. Opération de Schrœdes. Raccourcissement des deux ligaments ronds.

Suites opératoires normales.

La malade a recouvré rapidement l'aptitude à la marche et au mouvement. Une amélioration sensible des fonctions digestives s'en est suivie : l'état général est devenu meilleur.

Elle a passé trois mois dans les Pyrénées, aux Eaux-Bonnes. Tenue en observation jusqu'au printemps 1895, époque à laquelle elle est retournée en Amérique.

L'état des organes et la stétique utérine sont restés normaux.

Des nouvelles recues en 1896, confirment la guérison.

OBSERVATION 3

(Inédite). Due à l'obligeance de M. Doléris

M^{me} C... Fr..., 29 ans, adressée par le docteur Manichon, d'Oulchy-le-Château.

Mariée à 20 ans. A 24 ans, métrorragies après une aménorrhée de 3 mois (fausse-couche? . La malade réglée à 13 ans avait, à partir de l'âge de 15 ans, des irrégularités menstruelles.

A 26 ans, elle est soignée pour une métrite et a subi des cautérisations au fer rouge. Complications pelviennes.

Douleurs abdomino-pelviennes, grossesse nerveuse avec tympanisme abdominal et troubles digestifs en 1886.

Sept ans après le mariage, cet état persiste aussi bien que la stérilité, et la malade se décide à venir consulter M. Doléris.

A l'examen pratiqué le 1^{er} septembre 1888, on constate : *une rétroversion mobile avec rétroflexion au deuxième degré.*

Pendant la réduction à la sonde, douleurs pelviennes à gauche. L'utérus étant ramené en bonne position, l'exploration du fond du vagin fait constater très aisément le prolapsus des annexes dans le cul-de-sac postérieur. Les ovaires sont gros à surface unie, grosse tumeur tubaire adhérente à gauche. Le col est pointu, tapiroïde, l'orifice externe est étroit. Plan opératoire, en deux étapes :

1^o Dilatation prolongée pour détruire les adhérences et libérer les annexes.

2^o Raccourcissement des ligaments ronds pour fixer les annexes en avant.

Le 21 septembre, à la suite du traitement intra-utérin, (dilatation par les lamineaires et les éponges préparées,) les annexes ne sont plus senties dans le cul-de-sac de Douglas.

Le 25 septembre. — Anesthésie par le chloroforme. On constate une tumeur molle à paroi souple et mince périutérine (?).

Hystérométrie : 8 centimètres 1/2. Allongement de l'isthme utérin qui est infléchi.

1° *Curettage* : ablation d'une muqueuse épaissie.

2° *Abrasion de la muqueuse cervicale*. — Evidemment du col suivi de thermo-cautérisation légère après discision bilatérale préalable.

3° Colporraphie antérieure, suture continue à étages au catgut.

4° Double raccourcissement des ligaments ronds de 7 centimètres, sutures aux piliers avec catgut. Suture cutanée aux crins de Florence.

Suites opératoires : un peu d'œdème pubien qui disparaît rapidement. Ablation des fils au 9^e jour ; réunion par première intention.

10 décembre 1888. — L'examen montre, le malade étant debout, un utérus en bonne position. Le col est légèrement ouvert, les annexes ne sont plus accessibles ; à la rigueur en poussant l'exploration très haut, on atteint la trompe gauche. Le cul-de-sac postérieur est libre.

Suites éloignées. — En 1889, la malade devient enceinte, la grossesse évolue physiologiquement : accouchement normal à terme d'un enfant vivant. *Deux grossesses ultérieures* suivies d'accouchements normaux sans aucune complication du côté de l'utérus dont la statique se maintient normale.

Nous remercions M. le D^r Manichon pour les renseignements qu'il a bien voulu nous adresser sur l'état actuel de M^{me} C. F...

Voici ce qu'il nous écrit le 12 février 1897 :

Depuis son opération, M^{me} C. F... a toujours joui d'une excellente santé. *Elle a eu trois enfants* : un premier en mai 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après son opération ; l'accouchement a été long, inertie utérine, nécessité d'intervention par le forceps ; suites excellentes. Deuxième accouchement en avril 1891 ; accouchement rapides, suite excellentes.

Troisième accouchement en août 1892 ; accouchement naturel très rapide.

L'état actuel des organes génitaux de cette dame est absolument normal.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. Doléris)

M^{me} H. Hiv..., 29 ans, réglée à 14 ans, mariée à 17 ans ; sujette à des crises convulsives avant son mariage ; devient enceinte immédiatement après ; la grossesse est troublée par des crises nerveuses et des vomissements fréquents. Métrorrhagies discrètes mais persistantes depuis sept mois.

Deuxième grosseur à 21 ans avec les mêmes troubles que la première. Accouchement normal. La malade se lève au huitième jour : hémorragies graves ; à partir de ce moment, douleurs vives et habituelles, douleurs abdominales exaspérées par la période menstruelle, la marche est impossible, incapacité absolue. Affaissement moral, émaciation, pâleur.

Examen le 5 octobre 1888 : *Rétroversion complète réductible*, cervicite kystique, annexes saines, colpocèle accentuée, le périnée assez résistant mais aminci.

Opération le 13 octobre 1888.

Hystérométrie 8 centimètres.

1° Curettage;

2° Discission du col;

3° Abrasion de la muqueuse et cautérisation au thermo-cautère;

4° Coloporrhaphies antérieure et postérieure à la soie plate;

5° Périnéorrhaphie et suture aux crins de Forence. Racourcissement des ligaments ronds;

a) à gauche : découverte et dégagement faciles, traction de 12 centimètres, section du nerf inguinal et ablation du ligament.

b) à droite : technique identique. Suture des ligaments au pubis, au catgut, suture cutanée aux crins de Forence.

Suites opératoires : Suintement séreux à la plaie gauche pendant deux jours.

Sortie le 16 novembre 1888. L'utérus en bonne position, le vagin bien calibré, le périnée très étoffé.

Suites éloignées : *Grossesse en 1890* ; vomissements incoercibles, évises nerveuses, avortement à sept mois.

Nouvelle grossesse en 1896 ; vomissements incoercibles, maigreur, impossibilité d'alimentation. La malade se décide à entrer à La Pitié : traitement électrique simulé, la malade paraît guérir de ses vomissements au bout d'un mois, et demande à sortir ; quelques jours après les vomissements recommencent, avortement.

N. B. — Il s'agissait d'une névropathe très affectée par la survenue d'une nouvelle grossesse. Pas de renseignements sur les causes immédiates de la fausse-couche.

L'utérus était en bonne position.

OBSERVATION 5

(Inédite), due à l'obligeance du D^r Doléris

M^{me} Fon..., âgée de 32 ans, adressée par le D^r Redard, réglée à 13 ans et depuis régulièrement, mariée à 34 ans.

En août 1885 la malade se livre à des efforts démesurés pour transporter des gerbes de blé. A la suite de ce surmenage : courbature, fatigues, coliques abdominales vives ; la malade prend le lit, lorsqu'elle essaie de reprendre ses occupations habituelles elle éprouve de vives douleurs dans le ventre et dans les reins avec prédominance du côté gauche, exaspérées pendant les règles, Gastralgie ; peu à peu tout travail devient impossible.

Consultation des D^{rs} Després et Guilart : port d'une ceinture abdominale et d'une pelote périnéale.

Examen le 21 novembre 1887 : *Rétroversion avec rétroflexion* salpingo-ovarite adhérente à gauche, réductibilité suffisante de l'utérus, ectropion cervical avec apparence polypeuse du col.

Opération le 29 novembre 1887.

1° Curettage.

2° Colporraphies antérieure et postérieure.

3° Raccourcissement des ligaments ronds.

a) A droite : malgré les recherches minutieuses, impossible de découvrir ni l'orifice inguinal ni le peloton graisseux qui le surmonte. Une ponction faite au bistouri à l'émergence du nerf inguinal permet de découvrir le cordon vasculo-nerveux tout entier sans aucune trace du ligament.

b) A gauche : la découverte du peloton graisseux est très aisée, le ligament rond est du volume moyen, l'utérus se redresse facilement par la traction du ligament combinée avec le redressement au moyen du cathéter.

Suture du ligament au pilier à la soie, suture cutanée au crins de Florence.

Les fils sont enlevés le 6 décembre.

Suites normales jusqu'au 11 décembre.

Ce jour-là tension des cicatrices, issue par un pertuis de sérosité louche, puriforme, élimination d'un fil au milieu d'un état apyrétique.

L'examen pratiqué le 22 février 1888 révélait l'utérus en bonne position, le vagin solide et bien calibré.

N.-B. — Pour expliquer l'absence du ligament rond du côté droit on peut se demander si cette anomalie n'était qu'apparente ou si elle ne tenait pas à ce que pendant les efforts violents qui ont marqué le début des accidents il ne s'était pas fait une rupture totale du cordon ligamenteux à ses insertions abdomino-pubiennes. Des cas des ruptures analogues ont été mises en évidence sur d'autres ligaments.

M. Doléris a bien voulu nous communiquer une lettre qu'il a reçue de M^{me} F... le 14 février 1897. Voici ce qu'elle lui écrit :

« Ayant le regret de ne pouvoir me rendre à votre
« invitation, étant retirée à la campagne depuis quatre
« ans, dans le Jura, j'ai la plus grande satisfaction de vous
« dire que depuis mon opération je me porte *comme un*
« *charme* et j'ai engraisée de 50 livres. »

OBSERVATION 6

(Inédite), due à l'obligeance de M. Doléris

M^{me} P..., envoyée par le D^r Fredet (de Royat), âgée de 28 ans, réglée à 14 ans ; mariée à 18 ans. Contagion blennorragique par le mari.

Endométrite traité par des caustiques intra-utérins, consécutivement salpingo-ovaire gauche.

Examen le 20 juin 1889. — Diagnostic : cervicite chronique ; conicité du col, oophoro-salpingite droite, rétroversion de l'utérus antéfléchi, dispareunia incomplète, stérilité.

Nouvel examen le 2 avril 1890. — Dispareunia complète, l'utérus est aujourd'hui rétroversé et de plus rétrofléchi, en outre persistance des lésions antérieures. La malade s'est décidée à une intervention.

Opération le 10 avril 1890, précédée d'une semaine de dilatation en vue de relâcher les adhérences annexielles. La déviation est devenue réductible. Curettage. Schröder et Alexander double. Suites normales,

La malade, revue à différentes reprises et dernièrement le 4 février 1896, jouit d'une excellente santé. L'utérus est en position normale.

N. B. — L'opération avait été pratiquée en vue de la guérison des lésions et aussi de la stérilité. Le mari est mort accidentellement au bout de six mois après l'opération,

OBSERVATION 7

(Inédite), due à l'obligeance de M. Doléris

M^{me} D. Pl..., d'Allais, adressée par le D^r Déjeanne. Agée de 30 ans. Quatre grossesses rapprochées, terminées à terme, suivies de deux fausses couches, l'une de sept mois en août 1884 et l'autre de 2 mois 1/2 en 1887.

Les deux avortements ont été accompagnés de pertes excessives causées par la rétention et l'expulsion de l'œuf en plusieurs temps, pour le plus récent. Quant au premier accouchement prématuré remontant à 1884, il s'agissait de l'expulsion lente d'un œuf mort et momifié depuis plusieurs semaines.

Examen : Impossibilité de la marche et de l'effort, constipation opiniâtre, rétroversion complète, colpocèle antérieure, colpocèle postérieure, lacération du périnée, utérus volumineux.

Opération le 12 avril 1888. Curettage, colporraphie antérieure, colporraphie postérieure, périnéorraphie, Alexander double.

La malade a été revue en 1889, 1890 et dernièrement en 1895. L'état local s'est maintenu excellent ; l'utérus est un peu volumineux.

OBSERVATION 8

(Inédite), due à l'obligeance de M. Doléris

M^{me} T..., de Douai, âgée de 32 ans, réglée à 13 ans, mariée à 27 ans. Accouchement à terme 10 mois après. Déchirure du col utérin à droite et du périnée non réparée. Deuxième accouchement 18 mois plus tard, en octobre 1886.

Symptômes : douleurs lombaires, impossibilité de la station et de la marche. Etat nauséux constant, constipation opiniâtre. hémorragies et métrorragies depuis 1888, précédées d'une période d'aménorrhée de 3 mois.

Examen le 12 mars 1889. *Rétroversion et rétroflexion*, salpingo-ovarite légère à gauche. Bartholinite, cervicite et colpocèle. Traitement prothétique par le redressement et le pessaire de Hodge inefficace et non toléré à cause de la douleur qu'il provoque et l'insuffisance du périnée.

Opération 1 avril 1889: Curettage, Schröder, colpo-périnéorrhaphie et ablation d'une glande vulvo-vaginale. Raccourcissement de deux ligaments ronds de 10 centimètres.

Suites normales.

En 1896, tous les symptômes précités y compris l'état gastrique avait disparu ; la marche et l'effort étaient faciles. L'utérus était en bonne position.

OBSERVATION 9

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} Far..., adressée par le Dr Manichou d'Oulchy-le-Château, âgée de 40 ans, menstruée à 16 ans abondamment pendant 8 jours: symptômes de hemato-salpinx probable à droite, mariée à 21 ans.

Au bout de 2 ans : 1^{er} accouchement d'un enfant volumineux.

5 ans après, deuxième grossesse: douleurs abdominales à droite, nécessité de repos au lit pendant 6 mois. Accouchement prématuré peu après. Suites pathologiques : fièvres.

18 mois après péritonite, 8 à 10 jours de lit, sangsues, pyorrhée cervicale.

Ces accidents sont dus probablement à une infection gonococcique.

Trois ans après, grossesse exacerbation d'une annexite droite ; fausse couche de 3 mois.

Trois mois plus tard nouvel avortement de 2 mois.

Un an après nouvel accident abortif de 6 semaines (renseignements fournis par le médecin qui pourraient se rapporter tout aussi bien à de la ménorrhée suivie de métrorrhagies comme cela arrive dans la rétroversion.

18 mois plus tard 6^e grossesse qui cette fois arrive à terme grâce à un repos constant et des soins incessants. Accouchement normal, il y a 3 ans 1/2, décembre 1882.

En novembre 1885, après une longue période de malaise avec une douleur abdominale, récidence de salpingo-ovarite : repos au lit, sangsues, vésications.

Trois atteintes consécutives : 1^e fin décembre de 1886 ; 2^e en mai 1887.

Examen 8 juin 1887 : Nervosisme accentué acné de la face, état nauséux fréquent très ancien, constipation ; leucorrhée jaunâtre, sentiment de pesanteur abdominale et de tiraillement douloureux.

La malade dit qu'étant fatiguée, elle a la sensation d'être ouverte, dysurie, pollakiurie.

Périnée très aminci, insuffisant, cepocèle accentuée, profonde ulcération bilatérale du col utérin, hypertrophie notable de deux lèvres. La cavité cervicale est remplie de petits polypes glandulaires comme s'il était semé de graines de chénevis.

L'utérus est en rétroversion intermittente et se prolabe pendant les efforts.

Hystérométrie 8 centimètres.

Opération 11 juin 1887 : L'intervention est limitée à l'ablation très haut de la muqueuse cervicale (méthode de Schröder) précédée de curettage et suivie de colpo-périnéorrhaphie.

Suites normales, malgré la purulence d'un peu de sécrétion cervicale.

A partir de juillet 1887 à mars 1888 réapparition de malaise constant, exagéré pendant les règles ; douleurs lombaires et abdominales, constipation opiniâtre ne cédant qu'aux douches rectales, finalement incapacité physique.

La rétroversion est persistante et les annexes droits prolabés et douloureux.

Une intervention plus complète refusée auparavant est réclamée par la malade.

Intervention 1^{er} mars 1888 :

1^o Colporrhaphie antérieure.

2^e Colporrhaphie postérieure du col à la frouchette.

3^e Double raccourcissement des ligaments ronds de 19 centimètres.

Suture des ligaments au catgut ; suites normales.

A partir du 20^e jour la convalescence ne fait que s'affirmer, les symptômes anormaux ont disparu. Les menstrues sont devenues régulières et indolores.

La douleur pelvienne droite s'atténue et finalement a disparu.

12 janvier 1897, d'après les renseignements fournis par le Dr Manichou, la malade n'a pas cessé de se bien porter et a pu vaquer à ses pénibles occupations de fermière.

OBSERVATION 10

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} Mat..., adressée par le Professeur Charpentier, âgée de 34 ans.

Sujette à des lésions cutanées ; nerveuse.

Trois grossesses suivies d'accouchements à terme, ayant nécessité l'intervention.

Examen le 10 décembre 1887 : Allongement atrophique de la portion sus-vaginale du col, hypertrophie de la portion vaginale.

Hystérométrie totale 14 centimètres.

Utérus en rétroversion et rétroflexion est logé dans un col-pocile postérieur qui forme une tumeur considérable à la vulve. Dans cette tumeur on saisit aisément le fond de l'utérus et à côté de lui un ovaire.

Cystocèle.

Périnée lamellaire.

En réduisant l'organe avec un hystéromètre et en le refoulant vers l'abdomen on reconstitue les culs de sacs vaginaux.

En commandant un effort à la malade, on voit apparaître à la vulve brusquement la paroi postérieure du vagin : on voit se produire l'état précédemment décrit et disparaître les culs de sacs. Le col utérin lui-même vient faire saillie au dehors et l'utérus prend une attitude spyroïde.

Opération le 14 décembre 1887 :

1° Amputation de 6 centimètres du col ;

2° Colporrhaphie antérieure large du méat au col ;

3° Colporrhaphie postérieure de 20 centimètres de long avec large avivement rétro cervical, destiné à rétrécir fortement le cul-de-sac postérieur ;

4° Périnéorrhaphie ;

5° Raccourcissement des ligaments ronds ; le gauche gros et solide, le droit un peu difficile à découvrir et un peu moins fort ; resection de 8 centimètres.

Suture à la soie.

Suture de la peau aux crins de cheval.

Après l'opération on a immédiatement la preuve de l'attitude antiversée de l'utérus et de la réfection d'un vagin normal.

Le 23 décembre les bords de plaie inguinale droite rougissent, il s'écoule un peu de sérosité louche. Cst écoulement persiste pendant 4 jours et ne cède qu'à la suite de débridement de l'angle inférieur de la plaie.

29 décembre, oblation des fils du vagin.

Examen le 10 janvier 1888 la malade étant dans la station debout, le vagin est étroit et profond, le périnée solide, le col très élevé. Pendant les efforts le fond de l'utérus est senti en antiversion au-dessous de la vessie.

Dans le décubitus dorsal l'attitude des organes reste la même.

Des examens ultérieurs confirment le maintien de la guérison.

1^{er} mars 1897 la santé se maintient parfaite.

OBSERVATION 11

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} M... est la femme d'un confrère de province, adressée par le Dr Chaslet, âgée de 36 ans.

Accouchée le 6 septembre 1886 de deux jumeaux à terme extraits tous les deux à forceps.

Suite de couches normales.

Le 15^e jour, la malade s'aperçoit en quittant son lit que les parois vaginales font hernie. Le 20 novembre, la lésion augmentant avec le malaise, elle consulte à Paris un spécialiste qui diagnostique : prolapsus, cystocèle, rectoècle et conseille le port d'un pessaire de Dumontpallier, n° 7.

La malade préfère une intervention immédiate qui a eu lieu le 22 décembre, 4 mois environ après l'accouchement, c'est-à-dire à une époque où l'involution était parachevée.

L'hystérométrie donne 7 centimètres.

L'utérus est en rétroversion au 1^{er} degré, la colpocèle est totale et énorme, le périnée réduit à un point aminci ; chaque effort volontaire fait saillir la paroi vaginale à la vulve sous forme d'une tumeur volumineuse.

Ecouvillonnage utérin.

Colporrhaphie antérieure très large et très étendue allant du méat urinaire au col. Colpo-périnéorrhaphie, l'avivement porte sur plus de 20 centimètres et nécessite 30 points de suture.

Suites normales.

La malade revue en juin 1887 est certainement améliorée, néanmoins, la persistance de rétroversion avec un certain degré de cystocèle qui s'explique par l'insuffisance de la première opération, lui font réclamer une opération complémentaire.

La deuxième opération est pratiquée le 7 avril 1888 : Colporrhaphie antérieure avec un très large avivement (une plaque cicatricielle étoilée montra que la réunion avait été imparfaite la première fois).

Raccourcissement des ligaments ronds de 7 centimètres. Suture aux piliers au catgut ; suture ligamentaire profonde et superficielle aux crins de cheval. Drainage des plaies. Suites normales.

Exéat le 7 mai.

Depuis cette époque la vie a été toute autre pour cette malade.

Très active, elle a toujours pu aller et venir, se fatiguer à son gré sans être arrêtée un seul instant.

Des examens ultérieurs ont montré la position normale de l'utérus, la solidité du périnée et du plancher pelvien et la calibration régulière du vagin.

Aujourd'hui mars 1897, la situation est toujours aussi bonne.

OBSERVATION 12

(Inédite), due à l'obligeance de M. Doléris

M^{me} Lah., de Viller-Hélon (Aine), adressée par le D^r Manichon d'Oulchy-le-Château.

36 ans ; menstruée à 17 ans, irrégulièrement dans les débuts ; mariée à 20 ans.

Une grossesse terminée par un accouchement à terme. Gros enfant. Hémorrhagies graves ; péritonite ? ; subinvolution. Accidents intestinaux. Constipation. Tympanisme, débâcles.

Examen le 20 décembre 1887 : la malade est pâle, affaissée, maigre. Ineapacité absolue. Douleurs. Rétroversion au 2^e degré avec rétroflexion.

Adhérences pelviennes ; salpingo-ovarite droite. Périnée normale ; colpoècle.

Endométrite : débâcles leucorrhéiques et métromhagies. Hystérométrie 9 centimètres.

Opération le 29 décembre 1887.

Dilatation extemporanée. Curettage.

Sim.

Colporrhaphie antérieure à lambeau triangulaire allongé à base cervicale.

Racourcissement des liaments ronds. Ils sont aisés à trouver de deux côtés et sont réséqués de 8 centimètres. Suture des ligaments aux piliers au fil de soie ; de la peau aux crins de cheval.

Suites normales. Il y a eu le 7^e jour un léger écoulement séreux par la plaie gauche qui céda en quarante-huit heures. En même temps eschares sacrées. Apyrexie complète.

Le 18 janvier, la malade est convalescente et se lève dans un fauteuil. Examen : l'utérus est complètement redressé. Le cul-de-sac de Douglas est tendu par une adhérence utéro-annexielle. Le toucher rectale montre l'ampoule béante et attirée en avant par la même adhérence.

Etat général excellent. Digestions faciles. Seul incident à noter : il persiste de la constipation due à l'amplitude anormale de l'ampoule rectale. On attribue la persistance de ces proportions démesurées à la négligence de la colporrhaphie postérieure, qui n'avait pas paru nécessaire au cours d'opération, mais qui été réclamée si le redressement utérin probablement fait avait montré la paroi recto-vaginale exhubérante et flottante comme est apparue une fois l'opération terminée. Cette omission a été fâcheuse.

Cependant le retrait de la paroi s'est affectué lentement, la constipation a disparue tout à fait.

Quant aux annexes malades elles ont remonté avec l'utérus et ont fini par se libérer des brides qui les retenaient. Jamais elles n'ont provoqué de douleurs.

Voici la lettre de M. le Dr Manichon avec les renseignements sur la malade deux ans plus tard :

Oulchy-le-Château, le 24 Mars 1890.

MON CHER CONFRÈRE,

Je suis heureux de pouvoir vous informer que M^{me} Lah. est non seulement complètement rétablie, mais je puis vous dire que depuis son opération il s'est produit dans son organisme une véritable transformation. Comme elle le dit elle-même, elle entre dans une vie nouvelle. Toutes ses fonctions se font actuellement régulièrement. Les règles ont paru déjà deux fois, en quantité normale.

Veillez, etc...

D^r MANICHON.

OBSRRVATION 13

(Inédite), due à l'obligeance de M. Doléris.

M^{me} Rab. 32 ans, adressée par le D^r Patey, réglée à 14 ans.
Mariée à 23 ans.

Premier accouchement dix mois plus tard, à terme sans accidents.

La malade se lève le 8^e jour. Pesenteur pelvienne, gêne à la marche, abcès du sein, fatigue, anémie.

Deuxième grossesse, accouchement à terme. La malade se lève le 14^e jour. Exagération des symptômes anciens. Traitée pour une cervicité par le D^r Collette, de Dijon.

En outre, éventration, ptose gastro-intestinale ; douleurs pelviennes et lombaires.

Incapacité malgré pessaire et ceinture abdominale.

Séjour à St-Sauveur sans amélioration.

Examen le 7 septembre 1888 : Rétrodéviation complète, col-pocèle avec cystocèle prédominante. Annexes gauches volumineuses et rétroprolabées. Lacération profonde du périnée.

Opération le 22 septembre 1888 :

Curettage. Colporrhaphie postérieure du col au périnée. Péroneorrhaphie.

Raccourcissement des ligaments ronds. Découverte facile.

L'opération est exécutée suivant la méthode de Casati.

Les ligaments sont réséqués chacun de cinq centimètres.

Suites normales.

Le 15 octobre 1888 la malade retourne dans son pays :

L'utérus est en bonne position, le vagin bien calibré et étroit ; le périnée solide.

Des nouvelles reçues en 1895 confirment le maintien des organes génitaux en bonne position et de la santé de malade satisfaisante.

Voici la lettre de M. le Dr Patey, qui nous a été remise par M. Doléris :

J'ai un peu perdu de vue M^{me} R..., parce qu'elle habite un pays éloigné de ma localité, je sais cependant par un membre de sa famille, que son opération lui a donné d'excellents résultats localement d'abord, et surtout au point de vue général, en supprimant tous les accidents nerveux et réflexes dont elle souffrait horriblement, ce qui lui rendait la vie insupportable.

OBSERVATION 14

(Résumé de l'observation publiée par M. Doléris dans les
« Nouvelles Archives de Gynécologie », 1890 page 102).

M^{me} Mar..., adressée par le Dr Villeneuve, de Clichy, âgée de
29 ans.

Multipare.

Depuis deux ans métrorrhagies. Affaiblissement extrême,
anémie profonde. Utérus rétroversé, énorme ; parois très épaisses,
pas d'adhérences. L'état général est si mauvais qu'on ne peut
songer à une opération sérieuse.

Le curage montre l'absence de dégénération de la muqueuse
et fait cesser l'hémorrhagie pendant un mois. Réapparition du
sang. Inefficacité du redressement et des tampons.

Le 16 juin 1887, nouveau curage. Raccourcissement des deux
ligaments ronds qui sont très gros. Suites normales. Guérison
des hémorrhagies, réfection rapide de la santé ; diminution de
volume de l'utérus. Guérison absolue.

La malade a été revue et examinée le 16 mars 1897 :

Cicatrices cutanées imperceptibles, on sent sous la peau un
léger relief persistant dû à la présence des ligaments pelotonnés.
L'utérus est en position normale et situé en haut.

OBSERVATION 15

(Inédite), due à l'obligeance de M. le docteur Picqué.

M^{me} X..., 33 ans. Bonne santé habituelle. Epoques régulières.
Deux grossesses normales en 1886 et 1888. Huit mois après la

deuxième grossesse, la malade constate l'existence d'une leucorrhée assez abondante. Les époques durent huit jours et la quantité de sang perdu est considérable.

La malade se plaint de douleurs rénales très vives. Ces douleurs sont constantes, s'exagèrent par la marche et par les cahots de voiture ; elles persistent dans la station assise et ne diminuent que dans le décubitus horizontal, sans disparaître complètement.

A l'examen, on constate que l'utérus est placé en *rétrodéviation complète et mobile* : Il est gros et douloureux à la pression. Rien de notable du côté des annexes.

En mars 1890, M. Picqué pratiqua, avec le concours de M. Nélaton, le curettage de l'utérus et l'opération d'*Alexander*. Depuis l'opération, tous les symptômes douloureux ont disparu ; les règles sont normales et durent de 3 à 5 jours. Quoiqu'il en soit, la malade reste irritable, exposée à des crises de nerfs, qui ont disparu complètement depuis deux ans, au moment où elle a définitivement quitté Paris.

La malade a été revue le 19 septembre 1896. L'utérus est bien en place. Les symptômes douloureux n'ont jamais reparu et elle est enchantée du résultat thérapeutique. Elle porte toujours une ceinture.

OBSERVATION 16

(Inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Picqué.

Elie R..., 40 ans, mariée à 22 ans. Première grossesse à 24 ans. Deuxième grossesse à 29 ans. Pas de fausse-couche. Soignée depuis plusieurs années pour une métrite. Réglée régulièrement. Pertes blanches abondantes. Constipation opiniâtre. Douleurs lombaires intenses.

Diagnostic. — *Rétroflexion mobile et reductible*, prolapsus au deuxième degré. Déchirure du col et ulcérations des deux lèvres. Déchirure incomplète du périnée.

Opération. — 15 septembre 1896. *Alexander*. Curettage et Schröder. Colpo-perinorrhaphie (procédé d'Emmet).

Revue le 8 janvier 1897. Etat satisfaisant. Utérus en place. Plus de douleurs.

OBSERVATION 17

(Inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Picqué.

Marie G..., 25 ans.

Diagnostic. — *Rétroversion mobile*. Déchirure presque complète du périnée.

Opération le 9 mai 1896. Perinéorrhaphie. *Alexander*.

Sortie le 1^{er} juin.

Revue le 4 janvier 1897. — Résultat : l'utérus est appliqué contre la symphyse pubienne.

La malade se déclare satisfaite du résultat de son opération. Elle peut rester debout sans se fatiguer pendant une demi-journée. Les douleurs qu'elle éprouvait ont presque disparu. Elle éprouve quelques tiraillements au niveau des cicatrices au moment des règles.

OBSERVATION 18

(Inédite), due à l'obligeance de M. Picqué

Berthe H... *Diagnostic* : *Rétrodéviation mobile*.

Opération le 17 janv. 1896. — *Alexander*.

Revue le 4 janvier 1897. — Résultat : l'utérus a récupéré une partie de sa mobilité et n'est pas adossé à la face postérieure des pubis. Mais le fond est notablement distant du cul-de-sac postérieur.

La malade se trouve très notablement améliorée. Les pesanteurs qu'elle éprouvait avant l'opération ont complètement disparu. Elles ne se reproduisent qu'au moment des règles et encore sont-elles très atténuées.

OBSERVATION 19

(Inédite), due à l'obligeance de M. Potherat

Estelle L., 38 ans, domestique. Entrée le 21 septembre 1893 à l'hôpital Cochin, Pavillon Velpeau, salle n° 1, lit n° 14.

Antécédents : Fausse-couche de trois mois en 1882. Grossesse à terme en 1884,

Douleurs abdominales depuis cinq ans. Troubles digestifs.

Porte un pessaire depuis cinq ans, sur le conseil d'une sage-femme. Aucune amélioration.

Massage utérin pendant deux mois. Aucun résultat.

Leucorrhée depuis quatre ou cinq ans. Un peu de dyspnée.

Diagnostic : Prolapsus génital, rétroversion, déchirure du périnée, léger degré d'endométrite.

Opération : Curettage. Schröder. [Colpo-périnéorrhaphie.

Opération d'Alquié-Alexander. Suites opératoires normales.

Revue en octobre 1896. L'utérus est maintenu en antéversion. Etat général très satisfaisant.

OBSERVATION 20

(Inédite, due à l'obligeance de M. Delbet)

G... 36 ans, loueur de voitures. Opéré le 24 octobre 1894, pour *rétrodéviation mobile* et prolapsus génital. *Alexander* et colpo-périnéorraphie. Suites opératoires normales.

Revue le 15 octobre 1896. La malade vient consulter pour une vaginite compliquée de Bartholinite.

L'utérus est en bonne position; résultat fonctionnel excellent.

OBSERVATION 21

(Inédite), due à l'obligeance de M. Delbet.

Henriette D..., 34 ans. *Rétroflexion mobile*. Opération le 29 octobre 1894. *Alexander*. Les ligaments ronds sont facilement trouvés; ils paraissent volumineux et résistants. Périnéorraphie.

Revue le 28 janvier 1895. — Utérus en parfaite position, accolé contre le symphyse pubienne.

OBSERVATION 22

(Inédite), due à l'obligeance de M. Delbet.

Blanche C..., 35 ans, couturière. Entre le 28 octobre 1896, salle Chassaignac, lit n° 13.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Dysménorrhée pendant les premières années. Deux grossesses régulières. Une fausse couche. Début du prolapsus génital à la suite du premier accouche-

ment : pesanteur dans le bas-ventre, exagérée par la marche. Troubles dyspeptiques accentués. Port d'un pessaire pendant un an. Amélioration.

Diagnostic. — Métrite. *Rétroversion réductible.* Annexes peu volumineuses mais douloureuses au toucher. Prolapsus génital.

Opération le 20 nov. 1896. *Alexander.* Fixation des ligaments étirés sur les piliers du canal inguinal. Suture profonde des ligaments et de l'aponévrose avec des fils de soie. Sutures superficielles aux fils d'argent.

Perinéorraphie par le procédé de L. Tait.

La malade sort le 13 décembre en parfait état. L'utérus est en bonne position, fixé derrière le pubis.

OBSERVATION 23

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} Rob... (adressée par le Dr Tourreil), âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, mariée à 18 ans, deux grossesses.

Cervicité prolongée traitée par des cautérisations.

Névropathe, fille d'un père mort cardiaque et d'une mère morte d'un cancer utérin.

Examen, 25 avril 1888.

Cervicité scléreuse. Col très volumineux avec des clous cicatriciels. Rétroversion. Osphoro-salpingite gauche. Cystocèle et col pocèle postérieure. Périnée intact.

Symptômes. — Douleurs lombaires, incapacité, ptosie gastrique, vomissements fréquents.

Après un traitement général et diète sèche prolongé visant surtout l'état gastrique, la malade est opérée le 16 juin 1888.

Curettage.

Ablation profonde du col.

Colpo-périnéorrhaphie dont la nécessité devient évidente après la réduction à la sonde.

Raccourcissements des deux ligaments ronds.

Découverte facile à gauche et résection de 7 centimètres.

Découverte difficile à droite. Incident ; le ligament lâché se rétracte tout-à-coup vers l'abdomen.

Ouverture du canal inguinal, le ligament est découvert à nouveau et suturé comme de côté gauche.

Suites normales :

Le 9 novembre 1895, la malade marche avec aisance, elle a engraisée de 22 livres et elle est d'aspect florissant. L'utérus est en bonne position, le vagin et le périnée sont solides.

Le 15 mars 1897, la malade a été revue et examinée : l'état général satisfaisant ; l'utérus en position normale, le vagin bien calibré. La malade n'éprouve aucune fatigue à la marche et aux efforts et se déclare très satisfaite de l'opération.

OBSERVATION 24

(Inédite), due à l'obligeance du Dr Doléris

M^{me} Con... (adressée par le Dr Colliard), réglée à douze ans et demi. Mariée à 23 ans.

Une grossesse suivie d'accouchement à terme le 24 décembre 1886. Depuis, ménorrhagies, métrorrhagies douloureuses, constipation habituelle, dysurie, douleurs lombaires.

Examen, 24 octobre 1887. — Cystocèle et colpocèle postérieure, prolapsus utérin avec rétroversion légère; lacération double du col: indices de subinvolution; hystérométrie huit centimètres et demi. Ectropion; béance du trajet utérin.

Salpingo-ovarite légère à droite. Aménorrhée.

Traitement. — Le 8 novembre, après antisepsie préalable de la cavité utérine, curettage qui ramène une muqueuse épaisse, que l'examen anatomique montre composée en partie des cellules décidivales.

Réparation par la trachélorrhaphie des deux lacérations cervicales, dont la droite est plus profonde que la gauche.

Les fils sont enlevés le 16 novembre.

Le 30 novembre, la cicatrisation est parfaite des deux côtés.

L'orifice du col mesure 7 à 8 millimètres de largeur.

L'hystérométrie donne 6 centimètres et demi.

L'utérus est en rétroversion complète.

Le colpocèle persiste.

Douleurs lombaires toujours vives.

La malade réclame une opération supplémentaire; qui a été pratiquée le 22 décembre 1887.

Colporrhaphie antérieure.

Colpo-périnéorraphie.

Raccourcissement des deux ligaments ronds, chacun de 8 centimètres.

Suture aux piliers à la soie. Suture cutanée aux crins de cheval.

Les deux plaies ont été le siège d'un écoulement séreux, puriforme, qui a paru le huitième jour et qui a cessé très rapidement. Malgré cet accident qui a été suivi d'élimination tardive de trois fils de soie (fin janvier), l'utérus est resté en très bonne position.

Une série d'examen de contrôle a été pratiquée le 13 février et le 9 avril 1888.

Grossesse l'année suivante.

La malade est restée dans un état satisfaisant.

Des nouvelles confirmatives de cet état ont été données par le Dr Colliard en mai 1896.

OBSERVATION 25

(Résumé de l'observation publiée par le Dr Doléris dans les
« Nouvelles Archives de Gynécologie » 1890 page III)

M^{me} Ma..., 22 ans, adressée par le Dr Pioger, d'Asnières, réglée à 14 ans, irrégulièrement la première année. Par la suite, règles douloureuses et accompagnées de sécrétions leucorrhéïques ; mariée à 17 ans.

Première grossesse normale au bout de trois mois de mariage, accouchement spontané, rapide à terme. *Elle se lève au bout de cinq jours* et nourrit son enfant pendant six mois.

Trois mois après le sevrage, DEUXIÈME GROSSESSE très pénible.

Sensation d'une grosseur faisant saillie entre les grandes lèvres.

Accouchement à terme normal. La malade se lève au bout de cinq jours ; impossibilité de la marche, sensation de poids et de tiraillements ; douleurs dans les reins, dans les aines et dans l'hypogastre ; mictions fréquents ; constipation ; leucorrhée, ménorrhagies.

Elle tient les jambes constamment croisées pour éviter le

sentiment de chute des organes, qu'elle ressent, *surtout si elle tousse ou si elle éternue*.

Port d'une ceinture sans en obtenir aucun soulagement.

Endometrite chronique.

Premier curage. Le 16 janvier 1887. Les suites du curetage furent des plus bénignes. M^{me} M... éprouva un soulagement temporaire.

Examen 8 juin 1887. Aggravation du prolapsus utérin. Le col volumineux, béant, arrive à la vulve. La rectocèle et la cystocèle plus prononcées. Le périnée mince et réduit à une mince cloison membraneuse. *Vulve* large. *Vagin* spacieux et procident. L'*Utérus* est volumineux et en rétroversion et rétroflexion. Il est facilement réductible, pas d'adhérences postérieures résistantes. Les trompes et les ovaires sont prolapsés mais peu douloureux.

Après dilatations successives préliminaires depuis le 9 juin, on procède à l'*opération définitive* le 11 juin 1887.

1° *Curage et lavage de l'utérus.*

2° *Tachélorrhaphie.*

3° *Bolporrhaphie antérieure* dans une longueur de 12 cent. environ.

4° *Colporrhaphie postérieure et périnéorrhaphie.* Sutures au catgut en étages pour le vagin, à la soie pour le périnée.

5° *Raccourcissement des ligaments ronds* de douze cent. environ. L'extrémité cutanée des ligaments n'est pas réséquée.

Exécuté le 8 juillet. La malade a toujours un tampon vaginal antiseptique en permanence.

Le 3 août. On constate l'excellent effet de l'opération à tous égards. Les irrégularités du vagin avaient disparu.

M. le Dr Doléris nous a remis une lettre du Dr Pioger sur l'état actuel de la malade :

Asnières, 13 mars 1897.

« Mon cher ami,

*« Madame Ma... continue à aller bien de son utérus et
« annexes... »*

OBSERVATION 26

(Résumé de l'observation publiée par le Docteur Doléris dans les
« Nouvelles Archives de Gynécologie » 1890, p. 264)

M^{me} Rê..., âgée de 32 ans, *règlée* vers 15 ans, irrégulièrement. Mariée à 25 ans. *Grossesse* et *accouchement* deux ans après. Signes de relâchement des organes génitaux.

Deuxième grossesse l'année suivante. Accentuation du prolapsus. Accouchement normal à terme.

Examen. — Lacération cervicale double. Prolapsus au deuxième degré avec rétroversion. Cystocèle accentuée.

Troubles fonctionnels. — Impossibilité de station debout, fatigue à la marche. Pesanteur et douleur lombé-sacrée, Dyspepsie, nausées. Constipation, leucorrhée abondante. Etat nerveux intense : crises de larmes, étouffements.

Opération le 7 mai 1887.

1° *Curage*;

2° *Fachélorrhaphie*;

3° *Colporrhaphie antérieure* au catgut et suture étagée continue ;

4° *Raccourcissement* du ligament rond *gauche seul* de dix centimètres.

Suites opérations normales.

La malade a été revue le 18 mars 1897. Aucune fatigue à la marche, station debout prolongée facile. Disparition de tous les symptômes de la neurasthénie, persistance de la constipation. Règles normales. Douleur lombo-sacrée passagère au moment des règles. Etat général satisfaisant. La malade se livre aux travaux du ménage et se déclare très satisfaite des résultats de l'opération.



CONCLUSIONS

1° L'opération d'*Alexander* ne doit être pratiquée que pour les *rétroréviations mobiles*.

2° La *rétroréviatiion mobile* peut être *congénitale*, elle est le plus souvent *acquise*. Elle se produit parfois brusquement (*rétroréviatiion aigüe*); mais la variété de beaucoup la plus commune est la *rétroréviatiion chronique*. Celle-ci reconnaît deux causes principales : l'augmentation de volume de l'utérus et le relâchement de l'appareil de soutien de cet organe. Aussi se rencontre-t-elle associée à la *métrite parenchymateuse chronique* et au *prolapsus génital*.

3° La *colpopérinéorrhaphie* avec ou sans amputation circulaire du col (suivant qu'il y a eu non allongement hypertrophique du col), dans le cas de *prolapsus*, le *curettage* et la restauration du col suivant les procédés d'Emmet ou de Schröder dans le cas de *métrite* devront toujours être associés à l'*Alexander* qui ne peut guérir ni le *prolapsus* ni la *métrite*.

4° Les deux moyens de traitement direct contre la *rétroréviatiion mobile* sont : le port d'un pessaire ou une opération.

5° Le pessaire a donné de bons résultats ; mais il est difficile de le considérer comme le traitement idéal.

6° Parmi les opérations proposées contre la *rétrodé-viation*, les unes s'adressent à l'utérus, les autres à ses ligaments. Les premières sont les hystéropexies abdominale, vaginale, vagino-péritonéale ou vésicale. Les secondes sont le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, le raccourcissement des ligaments ronds intra ou extra-péritonéal.

7° De toutes ces méthodes opératoires, le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds ou *opération d'Alquié-Alexander* nous paraît être la plus simple et la plus rationnelle.

8° L'opération convenablement faite, l'utérus n'a aucune tendance à abandonner sa situation physiologique rétro-pubienne, son *antéversion* étant maintenue par la pression intra-abdominale exercée par la masse intestinale.

9° On a signalé des cas de *grossesse* à la suite de l'opération d'Alexander chez des femmes jusque-là stériles.

10° D'après les statistiques les plus récentes, l'*opération d'Alquié-Alexander* est la plus favorable pour les *accouchements ultérieurs*.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imprimerie Henri JOUVE, 15, Rue Racine, Paris.

